

Филип Дж. Флорес

**ГРУППОВАЯ
ПСИХОТЕРАПИЯ
ЗАВИСИМОСТЕЙ**

Филип Дж.
Флорес

Групповая психотерапия зависимостей

*Интеграция Двенадцати шагов и
психодинамической теории*

**Институт общегуманитарных
исследований**

Москва

2014

УДК 615.8
ББК 53.57
Ф 13

Филип Дж. Флорес

Групповая психотерапия зависимостей — М.: Институт общегуманитарных исследований, 2014 — 736 с.

Печатается по Flores, P *Group psychotherapy with addicted populations*
Перевод с английского Тверицкая В., Мелик-Ахназарова К., Бурова А.,
Лунинская Е., Ноздрин-Плотницкий А.
Редактор Тверицкая В.

Эта книга — о зависимости и ее лечении. Она не только исследует важную тему зависимости, но и дает серьезные рекомендации по ее лечению в условиях групповой терапии. Данная работа представляет убедительные доказательства того, что именно групповая терапия должна стать основным способом лечения зависимостей, и последовательно демонстрирует, как можно достичь этой цели.

Факты говорят о том, что хорошо проведенная **группа в сочетании с 12-шаговой системой Анонимных Алкоголиков (АА) значительно повышает эффективность лечения** аддиктивной популяции. Доктор Флорес посвятил огромное количество времени и сил описанию того, как эти различные подходы (АА и групповая терапия) могут быть мягко интегрированы в одном взаимодополняющем лечебном усилии.

ISBN 978-5-88230-361-6

© Flores, P., 1996

© Институт общегуманитарных исследований, 2014

Предисловие

Эта книга — об аддикции и ее лечении. Хотя, если бы цель автора заключалась только в исследовании данного предмета, книга не вызвала бы такого интереса, который, я думаю, почувствуют те, кто ее внимательно прочтет. Говоря конкретнее, она не только исследует важную тему аддикции, но и дает серьезные рекомендации по ее лечению в условиях групповой терапии. Данная работа представляет убедительные доказательства того, что именно групповая терапия должна стать основным способом лечения зависимостей, и последовательно демонстрирует, как можно достичь этой цели. И, поскольку и групповая терапия, и алкоголизм являются, по ряду причин, очень значимыми для меня проблемами, я счастлив видеть книгу, в которой эти темы конвергируют, объединяясь в одну.

Алкоголизм — зависимость, с которой я лучше всего знаком, — зачастую называют болезнью отрицания не только со стороны алкоголика, но и тех, кто общается с алкоголиками лично или профессионально. Если кто-то страдает от алкоголизма, то маловероятно, что диагноз “алкоголизм” поставит врач-терапевт, психолог или другой представитель помогающей профессии. Если алкоголизм все-таки диагностирован, то, к сожалению, шансы на то, что алкоголику порекомендуют соответствующее лечение, невелики. Слишком часто алкоголикам лишь настоятельно рекомендуют сократить количество потребляемого спиртного и взять себя в руки, дабы привести свою жизнь в порядок. Даже если алкоголику и посоветуют обратиться к психотерапевту, то фокусом терапии обычно становится выявление природы “истинной проблемы”. То есть алкоголику ясно дают понять, что если ему удастся добраться до корня своего психологического конфликта, он будет “излечен”, и его вновь научат пить умеренно.

Попытки вылечить алкоголика и научить его пить нормально и социально являются грубейшей ошибкой. Я знаю, что Эрик Берн и Клод Штайнер, два моих очень уважаемых коллеги, верили в то, что алкоголика можно вылечить, но я не согласен с ними. С другой стороны, я согласен с тем, что жизненные сценарии и игры, в которые играют алкоголики (в соответствии с определениями теории

трансактного анализа), зачастую являются важной частью личности алкоголика и способствуют развитию его болезни. Тем не менее, алкоголизм является заболеванием, при котором химическая зависимость и физическая аддикция приводят алкоголика к такому состоянию, в котором он неспособен пить нормально. Сначала надо разрушить преграду отрицания, а затем алкоголики должны понять и принять неоспоримый факт, что они не могут пить в пределах нормы, потому что они больны, и заболевание это называется «алкоголизм».

То, что я называю алкоголизм заболеванием, при котором человек “не может” пить в пределах нормы, возможно, покажется странным читателю, знакомому с моими работами, моими книгами и теоретическими разработками Терапии нового решения. Те из вас, кто участвовал в наших с Мэри мастерских в Маунт Мадонна, или побывал на одном из семинаров или воркшопов, которые мы регулярно проводим по всему миру, знают, что я твердо верю в утверждение: “сила — в пациенте”. Есть немного случаев, в которых я признаю легитимность и оправданность слов “я не могу”. Потому что я считаю, что мы слишком часто отказываемся от своей свободы и слишком быстро перекладываем ответственность на других из-за тех понятий, которые были в нас вложены в детстве, или из-за тех ранних решений, которые мы принимали, будучи детьми. В результате мы отдаем власть и радость жизни в обмен на спокойствие и безмятежность прошлого. Для меня слова “я не могу” обычно означают “я не буду”. Люди, которые слишком часто употребляют слова “не могу”, “нужно” и “попробую”, заставляют меня насторожиться в отношении их мотивации в терапии. Вследствие этого, я слежу за ними, пытаюсь определить, когда они попытаются манипулировать мною и мошенничать. Я стараюсь научить их превратить “не могу” в “не буду”, их нужды в их желания, и пытаюсь помочь им понять, что их “постараюсь” является лишь отказом от своего потенциала и силы в качестве ответственной и жизнерадостной личности. Тем не менее, я верю в то, что алкоголики «не могут» пить, и это является очень важным исключением в вербальных играх, в которые большинство людей играет в рамках терапии. Для того, чтобы достичь успеха в лечении, необходимо работать напрямую с пониманием того, что “я не могу пить”, и с отрицанием со стороны алкоголика.

Признание “я не могу” для алкоголиков является ключевым аспектом в их лечении, поскольку алкоголики страдают от биологической патологии, которая не позволяет им пить в социально приемлемой форме. Многочисленные исследования четко продемонстрировали, что генетика играет важнейшую роль в возникновении заболевания, поскольку было обнаружено, что алкоголизм — заболевание наследственное. Дети, рожденные родителями-алкоголиками, а затем отделенные от них и воспитанные в совершенно других условиях, гораздо больше подвержены риску стать алкоголиками, чем дети, чьи родители алкоголиками не являются. Последние биологические исследования раскрыли множество связей, существующих между генетикой, биохимическими патологиями и алкоголизмом.

Личность аддиктивного индивида, его генетические особенности, конституциональная сопротивляемость заболеванию и многие переменные окружающей среды (вместе со многими другими влияющими факторами, о которых я не упомянул), могут вызвать возникновение заболевания в бесконечном разнообразии форм. В связи с огромной изменчивостью заболевания, а также, зачастую, в связи с тем, что наблюдатели бывают плохо информированы и наивны в своих представлениях, аддикция часто остается нераспознанной, правильный диагноз не ставится, и болезнь не лечится. Течение аддикции обычно очень постепенно и прогрессивно, и незаметные изменения в личности обычно приписываются другим причинам и воздействиям, а не употреблению химических веществ. Изменения обычно заканчиваются необъяснимыми искажениями ранее усвоенных ценностей и социального поведения. Зачастую нарушается способность достигать чего-либо в частной жизни или профессиональной деятельности, что в результате приводит к раздражению, гневу и разочарованию. К сожалению, эффекты аддикции очень часто выявляются только во время вскрытия, когда, наконец, становится очевидным воздействие вещества на сердце, мозг и печень.

Из-за прогрессивной и коварной природы алкоголизма, распознавание болезни и прорыв отрицания является крайне важным моментом, что и провозглашает организация Анонимных Алкоголиков. Первые три ступени программы АА посвящены именно этому аспекту: (1). Мы признаем, что мы бессильны перед алкоголем, что наши жизни стали неуправляемыми. (2). Мы поверили в

то, что Сила, которая больше нас самих, может вернуть нам здравый смысл. (3). Мы приняли решение вверить нашу волю и наши жизни Богу, как мы Его понимаем. И, как я уже говорил в других работах, я верю в то, что вторая и третья ступени являются в действительности Новыми Решениями (в терминах Терапии Нового Решения), потому, что они требуют от Свободного Ребенка алкоголика акта веры. Стимуляция и развитие Нового решения алкоголика не пить (“Я не могу пить”) становится самым важным терапевтическим событием, которого можно достичь в лечении. Сила группы конфронтровать отрицание алкоголика и поддерживать его Новое решение не пить делает групповую терапию таким важным компонентом процесса выздоровления.

Эта книга обращается к обоим критическим терапевтическим аспектам лечения зависимости. Прежде всего, мы помещаем алкоголизм в область парадигмы заболевания и определяем важность требования сохранять трезвость, если алкоголик хочет добиться каких-либо изменений в саморазрушительном жизненном сценарии. Во-вторых, автор показывает, как достижение трезвости и поддержание Нового решения (“я не могу пить”) достигается в рамках групповой терапии. Новое решение не пить (“Я не могу пить, потому что я — алкоголик”) требует тщательного наблюдения, потому что власть физической и психологической зависимости алкоголика велика и всеобъемлюща.

Групповая терапия может быть возбуждающим приключением, и я верю, так же, как и АА, что люди способны изменяться. Люди (не только алкоголики) могут меняться, если терапевт поможет им вылечить себя. Мэри и я пытаемся объяснить своим пациентам, как они сами себя омертвили — сделали себя депрессивными, фобичными или тревожными — и при этом побуждаем и разрешаем им вместо всего этого наслаждаться жизнью. Пьющий алкоголик не может этого добиться, если он сначала не перестанет пить и не прекратит использование химических препаратов.

Новое решение алкоголика не пить — это новое путешествие, которое одновременно пугает и возбуждает. Это движение можно стимулировать и поощрять ощущением идентификации, поддержки и принадлежности, которое рождается в терапевтических группах и в АА. Поскольку в начале выздоровления алкоголикам нужна поддержка, групповая терапия и АА могут удовлетворить их нужду в принадлежности, при этом позволяя им регулировать

и устанавливать свой собственный темп и степень своей вовлеченности в процесс выздоровления.

На ранних стадиях лечения алкоголику бывает легче помещать себя в зависимую позицию среди тех, с кем он может идентифицироваться и чувствовать себя комфортно. В итоге алкоголик должен взять на себя ответственность за собственную трезвость, не полагаясь на других; но группа способна обеспечить ему структуру для этого, пока он сам не решит, что готов пройти через этот переходный период. В этой книге настоятельно подчеркивается, что выздоровление — зависящий от времени процесс, в котором начальные стадии лечения отличаются от более поздних. После того, как преодолено отрицание и достигнута абстиненция, терапевтическая группа может быть использована для того, чтобы разобратся с потоком эмоций, которые обычно проявляются в первые месяцы абстиненции.

Автор демонстрирует возможности использования группы на более поздних стадиях выздоровления для исследования того, как жизненные сценарии и игры помогают алкоголику поддерживать свою психологическую зависимость от алкоголя. Эта книга рассматривает различные варианты, при которых неизменные, неизлеченные и неисследованные психологические факторы могут вести к рецидиву. Жизненный сценарий алкоголика не во всех случаях является решающим фактором, но связанные с ним игры, мошенничества и повторяющиеся паттерны могут привести к возобновлению отрицания и возвращению к аддиктивному употреблению химикатов.

К сожалению, многие терапевты придерживаются ошибочного допущения о том, что если бы только алкоголики лучше умели выражать свои чувства, их можно было бы вылечить. Я уже упоминал ранее, что еще не видел излечения, которое произошло бы только благодаря фасилитации выражения чувств. Те, кто знакомы с моей работой в рамках гештальт-терапии и в моей совместной деятельности с Фрицем Перлзом и Джимом Симкином, знают, что я не из тех, кто шарахается от выражения чувств. Тем не менее, сначала необходимо добиться прекращения приема алкоголя. Затем алкоголик должен понять и признать серьезность своих проблем (что требует Нового решения Свободного Ребенка). Затем необходимо установить надежный групповой терапевтический формат, который позволит изменить разрушительные жиз-

ненные сценарии, конфронтировать «выгоды» и стимулировать позитивные изменения.

Все эти разумные принципы лечения тщательно описаны в данной книге. Я надеюсь, что все читатели найдут книгу полезной для понимания аддикции и смогут использовать ее в лечении химически зависимых пациентов. Поскольку эта работа демонстрирует, каким образом аддикцию можно лечить в рамках групповой терапии, я считаю, что она поистине бесценна для тех, кто не имеет глубоких знаний о зависимости или не информирован в области групповой терапии. Оба этих важных аспекта, объединяясь, дополняют друг друга, будучи изложенными в кратко и ясно.

Роберт Гулдинг, Доктор Медицины. Член Совета Американской Ассоциации групповой терапии. Сопредседатель Западного Института групповой и семейной терапии. Бывший Президент Американской Академии психотерапевтов

Введение

Перед вами — книга, которая выполняет задачу интеграции двух отстоящих далеко друг от друга тем — алкоголизма и группового лечения. Доктор Флорес проделал кропотливую работу по стыковке объективных характеристик группы и, как кажется, самой эндемичной патологии нашего времени. Практиков, знакомых с групповым подходом и замечательной деятельностью Анонимных Алкоголиков (АА), чрезвычайно озадачивает то, что групповая терапия еще не является лечением выбора (treatment of choice) в случае любой оральной аддиктивной патологии. Сейчас групповая терапия признается все большим числом групповых теоретиков и практиков методом выбора как для аддикций, так и для сопутствующей им патологии характера.

Поскольку групповой метод в течение многих лет полностью основывался на индивидуальном методе лечения, было сделано заключение, что между эффектами индивидуальной и групповой терапии мало разницы. Единственной причиной рекомендаций в пользу группы было то, что это дешевле, и можно лечить многих пациентов одновременно. Но группа обычно рассматривалась скорее как социальное приложение, чем как жизнеспособный терапевтический инструмент в своем собственном праве. Что мы обнаружили за последние двадцать лет при новых исследованиях группового лечения, так это то, что это, очевидно, не так. Факты говорят о том, что хорошо проведенная группа в сочетании с АА значительным образом повышает эффективность лечения аддиктивной популяции. Доктор Флорес посвятил огромное количество времени и сил описанию того, как эти различные подходы могут быть мягко интегрированы в одном взаимодополняющем лечебном усилении.

Доктор Флорес подчеркивает, что модели болезни (disease model) и душевного здоровья (mental health model) не настолько различны, как считают многие. Они тесно связаны, и занять позицию на одной стороне значило бы предпринять неуклюжую попытку разделить два подхода, которые могут внести большой вклад в объединенный взгляд. Одним из важных достижений этой книги является демонстрация того, как различные способы опре-

делять и лечить аддикцию могут эффективно применяться в формате групповой терапии.

Доктор Флорес продолжает и развивает работу одного из самых популярных писателей на тему групповой терапии — Ирвина Ялома. Новые дополнения открытий д-ра Ялома сделали его оригинальный вклад заметно более эффективным. На всем протяжении своей книги доктор Флорес использует новые открытия, чтобы объяснить и расширить модель Ялома. Он показывает, как общая модель может адаптироваться и более эффективно применяться в рассматриваемой популяции. Д-р Флорес предлагает специфические изменения и специальные дополнения к технике, чтобы она соответствовала уникальным проблемам аддиктов. Он уделяет особое внимание начальным стадиям лечения аддиктивной личности и описывает нужные для этого инструменты. После того, как первоначальные сопротивления будут разрешены, практик легко сможет применить более свежие разработки в области группового лечения.

Доктор Флорес представляет убедительные доказательства того, что именно неспособность алкоголиков и аддиктов устанавливать и поддерживать здоровые межличностные отношения вносит свой вклад не только в их аддикцию, но также и в их трудности в поддержании трезвости и абстиненции. На поздних стадиях лечения аддикций, по мнению доктора Флореса, современные взгляды и рекомендации по групповой терапии были бы особенно полезны. Следует также упомянуть некоторые новые шаги в развитии, которые были сделаны после 1975 года, когда была опубликована оригинальная книга доктора Ялома.

Адаптация современных подходов

Чтобы начать понимать, какую пользу могут принести современные групповые подходы для лечения обсуждаемой популяции, важно отметить, что вся современная групповая терапия нацелена на преодоление препятствий участников к тому, чтобы говорить что-то новое и устанавливать новые отношения. Множество вновь введенных техник повысили эффективность этой модальности — таковы наведение мостов, фокус на непосредственности, установление наблюдающего эго, развитие изолирующего барьера и акцентирование эмоциональной коммуникации. По паре слов о каждой из них.

Наведение мостов (bridging)

Искушенные ведущие используют наведение мостов с аддиктивными личностями, чтобы растопить барьеры изоляции. Вместо того, чтобы самим приближаться к замкнутому человеку, они используют косвенный подход, связывая других участников с недоступным пациентом, более склонным отвечать на воздействие товарищей, чем авторитетов. Существует множество типов наведения мостов. Общим является то, что ведущий ищет участника, разделяющего некий аспект (поведенческий или иной) того человека, которого он хочет включить в групповой процесс, и связывает этих двух участников. При реактивном наведении мостов ведущие спрашивают участника, держащегося в стороне, как то, что говорит другой, пересекается с его опытом, и т.д.

Фокус на непосредственности (focusing on immediacy)

Доктор Флорес использует понятие “непосредственности”, которую доктор Ялом называет “здесь и сейчас”. Терапевты выявили и выделили несколько типов сопротивления непосредственности. Эти сопротивления вызываются тем, что человек в настоящем ощущает сигналы тревоги, которую вызывает угроза близости, опасность быть поглощенным, отвергнутым и пережить агрессию или другие формы неприемлемых реакций и чувств. Многие люди избегают непосредственно происходящего путем предъявления проблем. Они не должны строить отношения с людьми, сидящими напротив, на основе отдачи и получения. Они просто предъявляют свои проблемы группе, ожидая волшебных ответов.

Другим приспособлением для избегания непосредственности является бегство во времени. Это может быть непосредственное прошлое, недавнее прошлое и отдаленное прошлое, а также будущее — фантазии, обещания, описание страхов. Группа, в которой сопротивления непосредственности разрешены — это группа, полная жизни.

Установление наблюдающего эго (establishing the observing ego)

Недавно было отмечено, что у каждого члена группы имеется (не важно, насколько узкая или маленькая) свободная от конфликта часть аппарата восприятия, которая видит вещи такими, каковы они в реальности — неискаженно. В группе всегда есть люди, имеющие свободное от конфликтов восприятие того, что происходит.

Терапевты научились использовать этих людей, чтобы описать участникам, запутавшимся в сетях своей истории, что они делают и как создают свой нынешний мир. Такие участники служат переходным наблюдающим эго. То, что они ясно видят сейчас, поможет членам группы научиться ясно увидеть себя позже. Чем больше участники могут наблюдать за тем, как они функционируют, не пытаясь изменить это, тем большую власть должна получать свободная часть их личности, хотя темп этих преобразований будет своим для каждого человека.

Развитие изолирующего барьера (developing the insulation barrier)

Одной из характеристик оральных аддиктивных личностей является их нежная и легко проницаемая психическая «кожа». Стимулы, направленные на этих людей (возможно, токсические и отражаемые обладателями более прочной кожи), находят легкий доступ к их эго и наносят тяжелые раны. Они не могут сопротивляться искушению, не могут обуздать собственные аппетиты и отличить то, что для них хорошо, от того, что плохо. Они всегда уязвимы. На опыте ведения групп терапевты научились усиливать и утолщать этот изолирующий барьер, чтобы участники могли с большим успехом отделять от себя то, что вредно для их функционирования и самоощущения (чувства Я).

Акцентирование эмоциональной коммуникации

Одна из самых важных технических операций, которую может применить ведущий современной группы — это удержание группы на эмоциональном уровне. Мелани Кляйн (Melanie Klein), Хайман Спотниц (Human Spotniz) и другие указывали, что характер формируется во время президипального периода (от рождения до трех с половиной — четырех лет). Большая часть структуры характера закладывается в эти ранние годы, когда аудиации, мысли и когнитивные вербальные коммуникации мало реальны. То, что оказывает воздействие и оформляет характер — это импульсы и чувства. Импульсы — это примитивная форма коммуникации. Эмоции — очищенные импульсы. Импульсы и эмоции доминируют в ребенке, пока он не научится говорить. Таким образом, все аддиктивные проблемы коренятся в самых ранних периодах развития, когда эмоции были доминирующим фокусом общения. Работая с группой только на эмоциональном уровне, мы возрож-

даем тот формирующий период жизни. Именно здесь, в этом котле, и произойдут те изменения характера и личности, которые повлияют на аддикцию.

Таковы несколько технических инноваций, которые приобрели популярность, став частью арсенала современного группового терапевта. Произошли также и изменения в окружении, оказавшиеся исключительно эффективными — например, возникла комбинация группового лечения с АА. Другая комбинация — группового и индивидуального лечения — носит название объединенной (conjoint) терапии; в этом случае каждый человек с аддиктивными проблемами должен раз в неделю посещать группу и раз в неделю — индивидуального терапевта (не того, который ведет группу). При этом один из терапевтов может подметить пропущенное другим. Группа служит хором, рычагом и имеющим много измерений поддерживающим окружением (holding environment).

Доктор Флорес достиг синтеза множества различных инноваций в лечении одного из наиболее важных сегментов нашего общества. То, как он ловко использует эти понятия и концепции, выделяет данную работу из массы литературы в рассматриваемой области. Он знает, что делает, и может объяснить это. Люди, работающие в данной области, очевидным образом вносят один из самых важных вкладов в нашу культуру. Любой полезный инструмент, который можно дать им в руки, следует приветствовать и вознаграждать.

Луис Р. Ормонт, Доктор философии.

Глава 1.

Введение в групповую психотерапию и теорию аддикции

В последние тридцать лет произошли заметные и драматические изменения в понимании аддикции и в ее лечении. Главное из этих изменений — применение групповой психотерапии в качестве важного (если не важнейшего и решающего) компонента лечебных программ для алкоголиков и других лиц, злоупотребляющих химическими веществами. Однако, кроме этого важного шага, огромное влияние на способы лечения аддиктивных расстройств оказало признание и принятие аддикции в качестве болезни и первичного расстройства, к которому нужно обращаться в первую очередь. Зависимость от веществ (будь то алкоголь или что-нибудь другое) больше не рассматривается как симптом более серьезного и главного расстройства. Скорее, прекращение химической зависимости рассматривается как первое условие, которое должно быть выполнено для того, чтобы в лечении был достигнут какой-то прогресс. Абстиненция от любых веществ становится первой целью процесса выздоровления. Другими словами, наркоманы и алкоголики не могут воспользоваться преимуществами психотерапии до тех пор, пока не прекратят употребление веществ. Это утверждение не только узаконило лечение аддикции и создало философию лечения, совершенно независимую от более классических и традиционных подходов к психологическим затруднениям, но также и поставило вопрос о том, является ли аддикция чисто психологическим феноменом. Концепция болезни также поддержала сторону Анонимных Алкоголиков (АА) в извечном споре — а именно ту точку зрения, что аддикция является болезнью, и полное воздержание (первый шаг Двенадцатишаговой программы АА) совершенно необходимо для того, чтобы лечение аддикции было успешным.

До этого изменения в философии лечения причинами аддикции обычно считались интрапсихические конфликты и внутриличностные динамики. Однако, концепция болезни полностью пе-

ревернула это мнение. Депрессия, тревога и патология характера теперь рассматриваются как симптомы — результаты, а не причины — аддикции. Специалисты по аддикции обнаружили, что как только им удается добиться воздержания своего пациента — алкоголика или наркомана, так эти симптомы в большинстве случаев или полностью исчезают, или, по крайней мере, очень сильно ослабевают. В своем классическом лонгитюдинальном исследовании Вэйлант и Милофски (Vaillant и Milofsky) поставили последнюю точку в споре конца 1970-х о контролируемом употреблении: «Таким образом, этиологические гипотезы, которые рассматривали алкоголизм в первую очередь как симптом психологической нестабильности, могут быть иллюзией, основанной на ретроспективном методе исследования». (1982, стр. 494). Следовательно, Вэйлант и Милофски подтвердили то, что сообщество АА и специалисты в области лечения зависимостей знали уже много лет. Вэйлант выразил это лучше всего, написав позже: «Перспективные исследования постепенно открывают психиатрам глаза на тот удивительный факт, что большая часть психопатологии, наблюдаемой у алкоголиков, является результатом, а не причиной злоупотребления алкоголем. Другими словами, алкоголизм — это лошадь, а не повозка душевного заболевания» (1983, стр. 317).

Кроме того, что лечение аддикций было узаконено, аддикция была признана одной из наиболее заметных и главных проблем здравоохранения в США. Раньше лечение аддикции было доступно только в рамках АА, других двенадцатишаговых программ (Анонимные Кокаинисты, Анонимные Наркоманы и т.п.), или в редких безвестных больницах или лечебных программах на окраинах страны. Сейчас трудно найти крупную станцию метрополитена, рядом с которой не было бы хотя бы одного госпиталя или амбулаторной программы, специализирующейся на лечении зависимостей. Рост потребности в лечении — прямой результат роста употребления алкоголя и других веществ в современной нам культуре. Самый главный провоцирующий фактор аддикции — доступность вещества. Таким образом, не важно, насколько терпимую позицию по отношению к аддиктивным практикам занимает общество, или насколько сильна личностная или генетическая предрасположенность. Никто не может стать зависимым от вещества, не имея доступа к нему. Тридцать лет назад лечение аддикций было гораздо менее сложным. Зависимому человеку давали

инструкцию прекратить пить, в случае необходимости проводили детоксикацию и отправляли его на встречу общества Анонимных Алкоголиков. Теперь трудно встретить алкоголика, особенно если он младше 30 лет, который не злоупотреблял бы и несколькими другими веществами. Кросс-аддикции (прекращение употребления одного вещества, чтобы немедленно «подсесть» на другое) — обычное дело для большинства наркоманов и алкоголиков. Термин “poly-drug abuser” («злоупотребляющий несколькими веществами») стал более чем обычным диагнозом. Теперь стало необходимым спрашивать, каков «наркотик выбора» данного зависимого лица. Конечно, наступление наркомании в нашей культуре усложняет картину диагностики и лечения.

Рост употребления приводит также к повышению спроса на эффективное лечение химической зависимости. Вследствие этого, групповая психотерапия также увеличила свою популярность и стала методом выбора для всех видов химической зависимости и расстройств, связанных со злоупотреблением веществами. Изначально увеличение использования групповой психотерапии, возможно, частично диктовалось финансовой эффективностью группового лечения и влиянием группового формата Анонимных Алкоголиков и их двенадцатишаговой программы. Тем не менее, большинство профессионалов, работающих с химически зависимыми лицами на долгосрочной основе (Khantzian, Halliday и McAuliffe, 1990; Flores, 1993; Flores и Mahon, 1993; Vannicelli, 1992; S. Broun, 1985; Broun и Yalom, 1977; Washton, 1992; Matano и Yalom, 1991) сегодня согласны в том, что есть гораздо более важные причины для того, чтобы групповая терапия была существенным и решающим ингредиентом в лечении аддикций. Эти причины связаны с большим количеством важных факторов, включая (но не ограничиваясь ею) природу самого аддиктивного процесса, который сам порождает или усложняет депрессию, тревогу, изоляцию, отрицание, стыд, преходящие когнитивные расстройства и патологии характера. Ныне признано, что многие из этих проблем (является личность аддиктивной или нет) лучше поддаются групповому лечению, чем индивидуальной терапии. Также возросло признание особых преимуществ групповой терапии, и теперь она не рассматривается как второстепенная или низшая форма лечения. В ней теперь видят источник мощных целительных сил, которые, как правило, недоступны пациенту, проходящему инди-

видуальную терапию. В руках квалифицированного и хорошо обученного ведущего эти силы могут быть мобилизованы и использованы таким образом, который обеспечит индивиду живой и уникальный терапевтический опыт, который в индивидуальной терапии невозможен.

Возросшее признание и принятие групповой терапии как законной и полноправной формы лечения, дополненное нарастающим ростом злоупотребления веществами в нашей культуре, привело к возрастанию спроса на профессионалов (с ученой степенью или без таковой), способных вести группы зависимых пациентов. Этот повышенный спрос часто приводил к участию в работе ведущих, не имеющих достаточной подготовки в области групповой терапии, которые, в силу этого, нередко использовали терапевтические модели, не подходящие зависимым пациентам. Поскольку групповая терапия стала важным и развитым компонентом (если не самым критическим элементом) как стационарных, так и амбулаторных лечебных программ, а также постлечебных ("after care") программ и профилактики рецидива, постольку крайне важно выделить и установить практичную и эффективную модель групповой терапии, позволяющую использовать весь ее богатый потенциал.

Специфическое применение групповой терапии к химической зависимости

Так или иначе, следует более подробно рассмотреть сложные вопросы об эффективности групповой психотерапии для наркоманов и алкоголиков, и дать на них точные ответы. В самом деле, почему групповая терапия является таким эффективным способом лечения для них? Часть ответа на этот вопрос кроется в типичном защитном стиле поведения зависимых пациентов. Этот характерологический стиль включает в себя позицию, которую обычно называют отрицанием. В самом деле, алкоголизм часто называют болезнью отрицания. Тем не менее, химически зависимый пациент обычно демонстрирует гораздо более широкий спектр защитных механизмов, и ведущий группы должен иметь четкое представление о защитном процессе каждого участника, если он намерен помочь им получить пользу от лечения. Джон Уоллес (John Wallace, 1978) затрагивает этот важный вопрос в своем содержательном очерке о защитном стиле алкоголиков, и упоминает подобные ха-

актерологические черты в качестве предпочтительной для них защитной системы. Khantzian, Halliday, и McAuliff (1990), Krystal и Raskin (1993), Flores и Mahon (1993) основываются на более ранней (1977) гипотезе Кохута, считающего аддикцию расстройством самости ("self", или Я). В последующих главах я покажу, каким образом групповая терапия помогает прорваться через избранную алкоголиком систему защиты и построенную им стену отрицания, работая с расстройством его или ее самости. Характеристики типичного пациента-аддикта с точки зрения психологии самости и теории объектных отношений подробно рассматриваются в Главе 6. На данный момент важно заметить, что тема групповой психотерапии и преимущества, которые группа обеспечивает в деле конфронтации и изменения защитного стиля алкоголика, будут рассматриваться в каждой главе данной работы.

Несмотря на особые соображения, которые необходимо иметь в виду при оказании помощи пациенту с патологической зависимостью, существуют и другие важные преимущества групповой психотерапии, не относящиеся исключительно к аддиктам. В рамках групповой психотерапии проявляется феномен, который не может быть объяснен только с точки зрения психологии или помещен в четкие психологические рамки. Глава 7 представляет альтернативный взгляд на эти особенности с феноменологической, экзистенциальной и антропологической точек зрения. Глава 15 говорит в основном о психологических аспектах целительного процесса в группе и исследует способы, с помощью которых группа играет свою сложную роль в лечении и прекращении аддикции. Но существуют и другие важные причины эффективности групп и их влияния на жизнь людей. Важность этого влияния можно понять, рассмотрев групповую психотерапию в антропологическом разрезе. Например, Джером Франк (Jerome Frank) написал потрясающую книгу (1962), в которой он изобретательно провел параллели между ритуалами целительства в примитивных культурах и подобными же ритуалами в практике современной западной медицины, играющими такую же роль в лечении и уходе за больным. Исследуя различные аспекты целительства в культурном разрезе, Франк убедительно доказывает, что группа представляет собой мощную целительную силу, поскольку она исключает изоляцию и деморализацию, которые, на взгляд этого исследователя, являются центральными причинами обращения за помощью психиатра в

нашем обществе. С точки зрения антропологии, Франк видит много преимуществ и положительных сторон групповой психотерапии по сравнению с индивидуальной. Роль, которую культура и общество играют в возникновении зависимости и ее последующем лечении, выходит за рамки данной работы. Тем не менее, на данном этапе важно заметить, что химически зависимый человек лучше отзывается на групповую терапию, поскольку культурные и общественные силы, стимулирующие зависимость, могут быть использованы группой для того, чтобы исцелить и исправить те проблемы, которые были порождены этими самыми силами. Эттин (Ettin, 1988) писал об этом так: «Толпой они были сломлены, толпой они будут и исцелены».

Следовательно, как в общих чертах описывает Франк, группа предоставляет участникам множество преимуществ по сравнению с индивидуальным лечением. Эмпирические исследования этих преимуществ весьма многочисленны. В обзорной статье, посвященной эффективности групповой психотерапии, Аллен (Allen, 1990) цитирует бесчисленные работы, приводящие его к выводу, что «эффективность групп не может быть оспорена». В другом обширном обзоре эффективности групповых форм лечения Диес (Dies, 1992b) утверждает, что после четырех десятилетий эмпирических исследований «разница в результативности индивидуальной и групповой форм лечения относительно невелика». Он делает вывод, что перед лицом все возрастающего давления в сторону уменьшения стоимости психотерапии, методом выбора станет групповая терапия.

Специальные исследования эффективности групповой психотерапии химической зависимости до недавнего времени были ограниченными, а порой анекдотичными или сомнительными. Обзор текущих работ будет представлен в Главе 12. Сейчас достаточно будет сказать, что в последние 10 лет вышло множество книг и статей по этому поводу, и было достигнуто удивительное согласие исследователей и практиков, регулярно работающих с зависимыми пациентами в формате групповой терапии (Khantzian, Halliday, и McAuliffe, 1990; Vannicelli, 1992; Flores и Mahon, 1993; Matano и Yalom, 1991). Их рекомендации будут подробно исследованы и представлены в Главах 3, 4 и 5. Использование групповой терапии было с энтузиазмом рекомендовано, поддержано и применялось и до этих публикаций, хотя систематических, хорошо

организованных или ясно определенных резонов для ее применения не существовало.

Тем не менее, несмотря на предпочтительность групповой психотерапии в лечении зависимости и на ее очевидную эффективность, эта тенденция встретила препятствие в виде популярного ошибочного мнения, состоящего в том, что групповая терапия с зависимыми пациентами не требует специально обученных ведущих, поскольку группы могут позаботиться о себе сами. Для того, чтобы групповая терапия полностью реализовала свой потенциал, необходимо особое понимание группового процесса и динамики группы, а также опыт ведения подобных групп. Слишком часто руководить психотерапевтической группой бывают вынуждены терапевты, обученные лишь основам групповой терапии или обладающие опытом лечения пациентов без патологической зависимости. Подобным образом, многие консультанты по алкоголизму, хорошо осведомленные о проблемах зависимости и процессе заболевания на собственном опыте, зачастую оказываются в роли ведущего группы, не получив формального образования в данной области. Поскольку групповая психотерапия в том виде, в котором она должна применяться, очень сложна, а также поскольку зависимые пациенты ставят перед ведущим группы особые и уникальные проблемы, работа с этой частью населения требует ряда определенных профессиональных навыков. Многие группы, ведущие которых не были обучены или были обучены плохо, не реализовали свой потенциал, или даже, в некоторых случаях, оказывали негативное воздействие на процесс выздоровления пациента.

Совершенно очевидно, что необходимо обучать и тренировать потенциальных групповых терапевтов, которые ведут сейчас и будут вести впоследствии группы химически зависимых пациентов. Это необходимо потому, что такая работа представляет собой огромную трудность для большинства психотерапевтов. Не имеет значения, является ли сам терапевт излечившимся наркоманом или алкоголиком, или он прошел более традиционный курс академического обучения. В любом случае, проблема обычно кроется в двух связанных факторах: или таким терапевтам не хватает обучения методам групповой психотерапии, или их обучили такой ее модели, которая не подходит химически зависимым пациентам.

К сожалению, большинство современных подходов к групповой психотерапии не принимает во внимание специфических характе-

ристик этой популяции, а также те особые проблемы, которые они ставят перед терапевтом. Поэтому ведущие часто пытаются найти более совершенное руководство, лучшие методы обучения и более практические рекомендации для эффективного управления группами, состоящими из зависимых лиц. Эти затруднения усугубляются тем широко известным фактом, что групповая терапия обычно является неотъемлемой частью лечения алкоголика или наркомана, как в условиях стационара, так амбулаторного. В связи с этим ведущие групп зачастую оказываются в ситуации, когда им остается либо научиться «плавать», либо «утонуть». Многие из них смогли творчески подойти к этой ситуации и адаптировать те навыки, которые они приобрели, занимаясь индивидуальной психотерапией. Тем не менее, то, что зачастую выдается за групповую психотерапию, есть не что иное, как индивидуальная терапия в группе. Терапевты также обнаруживают, что принципы, которые вполне эффективны в индивидуальной работе, совершенно неадекватны для групповой. Ведущий должен быть хорошо знаком с основными проблемами, возникающими в группе, иначе он окажется в водах, полных предательских подводных течений.

Многие групповые терапевты в такой ситуации прибегают к процедурам, которые они интуитивно позаимствовали из программы Анонимных Алкоголиков. Я ни в коем случае не хочу сказать, что принципы АА неадекватны. Напротив, для многих лиц освобождение от зависимости зачастую невозможно без их применения. Поэтому в нашей стране большинство успешных лечебных программ требуют, чтобы посещение занятий АА было обязательной частью процесса лечения. Тем не менее, АА — это не групповая терапия, и эти два способа лечения не следует путать. С другой стороны, групповая психотерапия — это не программа АА, и ее никогда нельзя применять вместо данной программы. Как АА, так и групповая психотерапия представляют собой значительные взаимодополняющие компоненты процесса лечения, и в руках опытного врача последняя может быть очень важным инструментом воздействия. Анонимные Алкоголики будут поддерживать химически зависимого пациента в трезвости, учить его навыкам межличностного общения и развивать его духовную сущность, а группа ускорит этот процесс, предоставив больному возможность понять и исследовать эмоциональные конфликты, вторичные по отношению к его зависимости.

Хотя групповая психотерапия является важной терапевтической модальностью в большинстве современных амбулаторных и стационарных программ лечения зависимых пациентов, она основывается в основном на практике амбулаторной психотерапии неаддиктивных пациентов. Поэтому теоретические и практические соображения, лежащие в ее основе, не всегда применимы к аддиктам. Даже Ялом (Yalom, 1975) предложил исключить из рассмотрения алкоголиков и пациентов с расстройствами характера, поскольку они являются неподходящими кандидатами для этого способа лечения. Следовательно, общепринятые принципы групповой психотерапии должны быть изменены для того, чтобы соответствовать нуждам лечения зависимого лица. Проблема еще усложняется тем, что большинство зависимых пациентов, так же как и лечебный персонал, зачастую путаются в различных типах групповой терапии. Например, существуют группы Анонимных Алкоголиков, группы работы по шагам (step-work groups), дискуссионные, обучающие группы, группы выздоравливающих (постлечебные), группы поддержки — и это всего лишь несколько примеров. Также важно принимать во внимание фактор времени. То, что ведущий группы делает с пациентами на занятиях групповой психотерапией в стационаре в первые несколько дней лечения, значительно отличается от того, что тот же самый групповой психотерапевт будет делать с тем же самым выздоравливающим пациентом, который сохраняет трезвость уже в течение шести месяцев и посещает группу выздоравливающих (aftercare group).

Таким образом, цель этой книги состоит в исследовании и представлении вниманию читателя систематической модели групповой психотерапии, описанной и применяемой ведущими теоретиками в области групповой психотерапии и терапии зависимостей (Yalom, 1975; Brown & Yalom, 1977; Wallace, 1978; Vanicelli, 1992; Khantzian, Halliday и McAuliffe, 1990; Washton, 1992; Vannecelli, 1988; Flores и Mahon, 1993). В данной книге мы попытались описать испытанные стратегии и высказать соображения по совершенствованию лечения химически зависимых пациентов, обеспечивая понимание специфических проблем, которые они приносят на групповую психотерапию. Хотя последняя давно стала необходимым компонентом лечебных программ, ориентация групп очень разнообразна в зависимости от обстановки. Тем не менее, большинство профессионалов, которые постоянно работают с ал-

коголиками и наркоманами, согласны в том, что абстиненция является необходимым первым шагом лечения. Как только она достигнута, общее мнение склоняется к тому, что групповая терапия предоставляет аддикту уникальную возможность узнать себя и свою зависимость.

Уоштон (Washton, 1992) резюмирует некоторые преимущества групповой терапии:

1. Взаимная идентификация и принятие других людей, также столкнувшихся с подобными проблемами;
2. Позитивное ролевое моделирование для абстиненции, проверка реальности всего того, что касается приема вещества. Зависимый человек имеет возможность осознать собственные установки в отношении аддикции и ее защиты, которые не дают ему отказаться от алкоголя и наркотиков. Это обеспечивается столкновением с подобными же установками и защитами у других пациентов;
3. Конфронтация, непосредственная обратная связь и позитивное товарищеское давление в пользу воздержания;
4. Аффiliation, сплоченность, социальная поддержка в период обучения более прямому выражению своих чувств.
5. Структура, дисциплина и ограничения, возможность учиться на опыте и обмениваться фактической информацией о выздоровлении и употреблении веществ;
6. Вселение надежды, вдохновение, наличие общих целей и идей.

Работая в течение последних десяти лет групповым психотерапевтом, консультантом и инструктором, я имел возможность руководить и работать со многими терапевтическими группами, как в амбулаторных, так и в стационарных условиях, и в общественном, и в частном секторе. Я принимал участие в проекте, направленном на адаптацию принципов групповой психотерапии для аддиктивных пациентов. Трудно переоценить важность такого начинания, в особенности ввиду двух одновременно возникших (хотя и не обязательно взаимосвязанных) тенденций в современном лечении зависимостей. Прежде всего, это все более широкое использование самих выздоравливающих пациентов в качестве источника профессионально обученного персонала. Второй момент — тенденция большинства лечебных программ включать в себя групповую психотерапию в качестве неотъемлемого компонента лечения.

К сожалению, многие профессионалы из академических кругов не прошли достаточного обучения ни в области групповой психотерапии, ни в области лечения зависимостей. Без сомнения, большинству из них никогда не объясняли принципов групповой психотерапии зависимостей. Таким образом, необходимо определить ряд теоретических и практических положений, которые разработаны специально для нужд зависимых пациентов в условиях групповой психотерапии.

Концепция болезни и групповая психотерапия

Если вы считаете аддикцию болезнью, то это убеждение влияет на то, как вы, будучи групповым психотерапевтом, подходите к лечению и проводите сессии с группами зависимых пациентов. Модель болезни требует, чтобы вы рассматривали аддикцию как первичное расстройство, которое нельзя вылечить, а можно лишь приостановить. Более того, эта модель требует, чтобы специалисты относились к зависимости от алкоголя и наркотиков как к одному из многих хронических заболеваний, наряду с болезнями сердца или диабетом. Поскольку хронические заболевания склонны рецидивировать, они требуют постоянного наблюдения за стилем жизни больного и изменения его поведенческих привычек, чтобы снизить риск рецидива. То, что мы признаем зависимость болезнью, означает, что мы рассматриваем это состояние как физическое заболевание, а не вторичный признак или симптом какого-либо основного умственного или эмоционального расстройства. Групповая психотерапия направлена не на выявление психологической патологии, но нацелена на идентификацию защитных механизмов и характерологических изъянов, которые препятствуют абстиненции и выздоровлению. Неспособность справляться с неприятными чувствами и аффектами, вызванными межличностными конфликтами, являются одинаково важными компонентами этого процесса. Групповая психотерапия должна использоваться для укрепления решимости пациента следовать принципам Анонимных Алкоголиков, и при этом она позволяет более тщательно исследовать те трудности, которые выздоравливающий пациент испытывает в межличностных взаимоотношениях. Редко можно встретить химически зависимого человека, который не сорвался бы из-за сильного аффекта, порожденного межличностным конфликтом.

Более того, модель болезни требует от нас признать тот факт, что метаболическая и физиологическая реакция химически зависимого человека на этиловый спирт полностью отличается от реакции человека, который не является химически зависимым. Существует огромное количество данных исследований мозга и печени, эндорфинов и рецепторов, проницаемости оболочек нервных клеток, специфических наследственных графиков электроэнцефалограмм, изменений обмена веществ, и исследования наследственности, которые принимают во внимание алкоголизм родителей. И все эти данные подводят научную основу под признание зависимости болезнью. Таким образом, не подлежит сомнению то, что история, симптомы и признаки зависимости представляют собой узнаваемый паттерн. Лица, зависимые от алкоголя и наркотиков, деградируют во всех областях жизни: в физической, умственной, эмоциональной, моральной и духовной. Нет нужды еще раз рассказывать о страшной разрушительной силе аддикции. Установки, личная ответственность и общественное признание являются ключевыми факторами, которые должны быть выявлены, прежде чем станет возможным эффективное лечение зависимости. Признание зависимого человека больным имеет большую важность, поскольку таким образом мы аннулируем стигму, зачастую сопровождающую данное заболевание, и легитимизируем его лечение. Кроме того, концепция болезни утверждает зависимость в качестве основного заболевания, а не симптома, который надо контролировать, изменять или модифицировать.

Спор о том, являются ли алкоголизм и наркомания настоящими заболеваниями, очень распространен. Противники концепции утверждают, что алкоголизм не отвечает полностью всем критериям болезни, поскольку, в отличие от диабетиков, алкоголик совершает активный выбор (пить или не пить), который вызывает заболевание, а диабетик не имеет возможности принимать подобное решение. Кроме того, диабетик не получает удовольствия от этого выбора. Они доказывают, что наркоманы и алкоголики делают выбор в пользу употребления наркотиков, поскольку получают от этого удовольствие и удовлетворение, и «больными» их делает их же собственная погоня за удовольствиями. Тем не менее, как убедительно пишет Donald Goodwin (1979), лишь немногие противники концепции болезни отказываются признавать сифилис и гонорею заболеваниями, хотя по этиологии они сходны с

алкоголизмом. Они возникают как следствие решения предаться приятной деятельности, которое приводит тому, что человек страдает, в основном из-за воздействия постороннего агента и опасного вещества, никогда не попавшего бы в физиологическую систему больного, если бы он не принял подобного решения.

На самом деле, стиль жизни и дурные привычки, несовместимые с долгосрочным здоровьем, являются гораздо более весомыми факторами в развитии заболеваний, чем это обычно признается. Критические аспекты стиля жизни и болезни выявились в основном в результате революции, произошедшей в последние 75 лет в требованиях американского общества к здравоохранению. С этой революцией медицинская профессия как таковая только начинает приходить в соприкосновение, и саму эту проблему развитые западные страны начали признавать лишь недавно. Она состоит в том, что смертность и заболеваемость американцев перестали определяться инфекционными болезнями, превалирующими в начале века. Их место в наши дни заняли хронические заболевания, вызываемые стилем жизни. На смену гриппу, пневмонии, туберкулезу, гастроэнтериту и дифтерии пришли заболевания сердца, болезни сердечно-сосудистой системы и дыхательных путей, разные виды рака и алкоголизм, которые частично являются результатом того, как мы живем и как ведем себя. Потребляемая пища и напитки, курение, ежедневный стресс, занятия спортом — все это наиболее важные факторы, влияющие на здоровье человека и его подверженность заболеваниям. В каком-то смысле, самые серьезные медицинские проблемы, угрожающие в наши дни большинству людей, вовсе не являются медицинскими проблемами как таковыми. Это проблемы поведенческие, которые требуют изменения характерных паттернов реакции, и, таким образом, прямо связаны со стилем жизни и установками по отношению к ней (Stachnik, 1980).

Поскольку современная медицина начала признавать, что установки, стиль жизни и поведения играют важную роль в том, что обычно называют болезнями, растет осознание потребности в «новой медицинской парадигме» для объяснения этого феномена. Старая медицинская формулировка понятия «болезнь» критикуется многими как основанная на расщеплении разума и тела, принесенном в медицинскую практику Запада Декартовской философией дуализма шестнадцатого века. Томас Кун (Thomas Kuhn,

1962) много лет назад писал в своей книге «Структура научных революций», что изменение парадигмы в науке происходит только тогда, когда появляется достаточное количество аномалий, приводящих к кризису имеющейся парадигмы. Как он заметил, научные открытия (что противоречит некоторым популярным заблуждениям) никогда не происходят приятным упорядоченным образом, в результате неуклонного накопления все большего количества информации. По мере того, как исследователи и ученые изучали отношения между лечением и физическими заболеваниями, они начинали понимать, что отношение разума как к болезни, так и к выздоровлению является весьма запутанным, что бросает вызов многим общепринятым установкам по поводу болезни и здоровья.

В последние три десятилетия аддикция передвинулась с окраин общества в фарватер нашей повседневной жизни, и это оказало глубокое влияние и на то, каким образом наша культура определяет аддикцию, и на способы, которыми она обращается с этой болезнью. Раньше аддикция была почти исключительно ограничена алкоголем и наркотиками, а сегодня не является необычным услышать, как люди называют себя «наркоманами возбуждения» или «подсевшими» на теннис, бег, баскетбол или другие формы упражнений.

По мере того, как модель абстиненции Анонимных Алкоголиков завоевывала популярность в лечении зависимостей, она легитимизировала концепцию болезни. В 1970-х лечебные центры начали лечить наркоманов по программам выздоровления от алкоголизма. Хотя результаты лечения после интеграции этих двух различных аддикций не были столь многообещающими, как сначала предполагалось (по причинам, изложенным в Главе 8), лечебный персонал обнаружил, что существует много общего, и что модель болезни работала лучше, чем что-либо другое из доступного в это время. Было обнаружено, что хотя поведение пациента-алкоголика отличается от поведения наркомана, процесс выздоровления является почти одинаковым (Early, 1994). Постепенно лечебные центры и специалисты по зависимостям начали понимать, что существует множество других обсессивно-компульсивных расстройств и занятий (гемблинг, еда, секс, работа и даже отношения), которые по сути очень похожи на то общее, что объединяет алкоголика и наркомана. Более того, они достигли таких же успешных результатов, применив к этим расстройствам двенадцать

тишаговую модель. В то же время консультанты, психиатры и другой медицинский персонал, продолжая работать с такими пациентами на долгосрочной основе, начали понимать, что если индивид имеет одно из подобных расстройств, то существует очень большая вероятность, что имеется и другое. Также стало очевидным, что для огромного количества таких пациентов исчезновение одного расстройства (например, кокаиновой зависимости) приводит к усилению другого (например, сексуальной аддикции).

Выявление созависимости и синдрома Взрослых Детей Алкоголиков (ВДА) как другой разновидности аддиктивного процесса убедило специалистов, что аддикции связаны не с употребляемым веществом, а с поведением и установками, типичными для всех аддиктивных заболеваний.

Например, лечение пациентов с расстройствами пищевого поведения по аддиктивной модели показало специалистам по зависимостям, что усилия при лечении любых аддикций должны быть направлены вовнутрь, от веществ к мыслям, чувствам и действиям, которые предшествуют или следуют за компульсивным употреблением веществ или еды. Подход к созависимости и ВДА с той же стратегией открыл, что аддиктивное влечение является внутренней компульсией, которую нет необходимости связывать с веществом; она может проявиться по отношению к деятельности, ритуалу или даже к другому человеку.

Аддикция ныне признается расстройством, которое может принимать множество форм и проявляется мириадами паттернов. Шаффер (Shaffer, 1995) постепенно пришел к убеждению, что аддикцию лучше всего понимать как измененное состояние сознания, которое включает в себя изменение компонентов биохимических и физиологических мозговых операций. Это выражается в адаптации мозговых механизмов вознаграждения, что приводит к долговременным изменениям в функционировании мозга. Именно эта физиологическая адаптация деятельности мозга лежит в основе компульсивного поведения в ответ на условные сигналы. Следовательно, аддикция имеет больше общего с выученным поведением (условные реакции, ведущие к мощным, эмоционально вознаграждающим переживаниям) и дефицитом когнитивного и эмоционального функционирования, чем с зависимостью от вещества или с симптомами отмены. Как только в ответ на биохимическое воздействие вещества в мозгу устанавливается обсессивно-

компульсивный паттерн реакций и мышления, или аддиктивный стиль, личность приобретает склонность к тому, чтобы сменять одно проявление или объект аддиктивного занятия другим. Общее мнение ученых-нейрофизиологов об аддикции озвучено Стивом Хейманом (Steve Heyman, 1995), который придерживается мнения, что аддикцию лучше всего определять как «заболевание мозга». Основываясь на данных науки, накопленных годами, он считает аддикцию болезнью, исключительно связанной с нервными структурами мотивации и эмоций; ее патофизиология включает в себя индуцированные веществом долговременные молекулярные изменения в мозгах уязвимых индивидов. Это ведет к извращению нормального произвольного контроля поведения. Хейман считает, что данный устойчивый поведенческий паттерн не может быть изменен, пока вещества продолжают поступать в организм, и «как и всем пациентам с серьезным хроническим заболеванием, аддиктам следует выполнять правила лечения и избегать поведения, которое подвергает их большому риску срыва».

Аддикция, абстиненция и концепция болезни

Признание зависимости болезнью также имеет другие важные последствия, поскольку данная концепция обычно подразумевает, что абстиненция является необходимым первым шагом в лечении. В последние годы горячо обсуждался вопрос, всегда ли это так. Бихевиорально- и когнитивно-ориентированные исследователи отстаивали возможность контролируемого приема алкоголя как альтернативное направление в лечении (Martlatt, 1983; Sobell и Sobell, 1973a; Pendery, Maltzman и West, 1982). В начале 1980-х эти споры разрешились в пользу абстиненции, после бесчисленных исследований контролируемого употребления, обнаруживших, что данные о том, что алкоголик способен сохранять самоконтроль во время питья, были очень преувеличены или не соответствовали действительности. Вэйлант (Vaillant, 1995) продемонстрировал в очень хорошо поставленном, долговременном и последовательном исследовании, что от 80 до 90 процентов больных, ранее названных успешно контролирующими, сорвались. Даже средства массовой информации и популярная пресса приняли участие в дебатах, когда популярная телевизионная программа новостей («60 минут») провела собственные изыскания по следам работы, провозгласившей обнаружение успешно вылеченных алкоголиков,

пьющих с сохранением контроля. К замешательству исследователей, «60 минут» обнаружили, что данные были недостоверными. Из двадцати успешно вылеченных алкоголиков девятнадцать либо сорвались, либо умерли во время запоя.

В последние несколько лет эти дебаты вновь разгорелись в связи с исследованием Натурального Выздоровления Собелла (Sobell, 1995) и программой Управления Умеренностью (УУ), Алана Марлатта (Alan Marlatt) и других. В обоих случаях акцент делается на выявлении индивидов, которые могут пить умеренно, уменьшать прием алкоголя, достичь «неабстинентного выздоровления» или бросить пить самостоятельно, без лечения или АА.

Безусловно, подход АА к лечению аддикций подходит не всем, и существуют индивиды, лучше реагирующие на другие средства. Таких исследователей, как Марлатт (1983) и Собелл (1995), следует поблагодарить за попытки обнаружить и изучить альтернативные возможности лечения для тех, кому не помогает АА или другие двенадцатишаговые программы. Проблема возникает в случае непоследовательности диагностических критериев, определяющих, кто является алкоголиком или аддиктом, а кто нет. Применение таких запутанных критериев может иметь далеко идущие последствия. Конечно, не все из тех, кто ощущает зависимость и физические или психологические симптомы отмены, обязательно являются аддиктами по критериям АА и других двенадцатишаговых программ. Злоупотребляющие наркотиками и спорадические запойные пьяницы не обязательно будут признаны аддиктами по стандартам АА, но будут признаны таковыми по критериям Собелла и Марлатта.

Исследование Натурального Выздоровления Собелла (Sobell 1995) пытается продемонстрировать, что некоторые люди могут уменьшить или прекратить употребление самостоятельно, без АА или какого-либо формального лечения. Собелл пытается выявить характеристики таких индивидов, разрешающих свои трудности без лечения или групп самопомощи. Он также старается выявить процентное соотношение случаев «неабстинентного» выздоровления. Подобным же образом, и подход УУ утверждает, что некоторые пьяницы могут научиться управлять своим пьянством без его прекращения. Два важных аспекта этого исследования должны быть поставлены под вопрос. Не является ли замена терминологии в действительности лишь способом вернуться к старому во-

просу о контролируемом питье, завернутому в новую упаковку? Самые лучшие из исследований показали, что любые рапорты об успешном контролируемом питье стихают с прошествием времени. Большинство алкоголиков могут контролировать употребление или воздерживаться от него в течение коротких периодов. АА это уже знает. Те, кто может бросить самостоятельно или пить умеренно, не являются алкоголиками по критериям АА. Абстиненция и АА — только для тех алкоголиков, которые хотят бросить пить и хотят получить помощь в этом.

Во-вторых, работы Марлатта и Собелла показывают, что индивиды с менее тяжелыми симптомами и более коротким периодом проблемного пьянства не обязательно должны поддерживать абстиненцию для выздоровления. АА просто считает, что эти люди не являются алкоголиками и никогда ими не были. Алкоголики, по определению, не могут контролировать или успешно управлять приемом алкоголя на протяжении продолжительного периода. Нейропсихологические и нейрофизиологические данные подтверждают отчеты об индивидуальном опыте всех алкоголиков и аддиктов, которые участвовали в двенадцатишаговой программе выздоровления. Абстиненция — необходимый первый шаг в том случае, если целью является достижение и поддержание долгосрочного выздоровления. В этой точке АА и другие двенадцатишаговые программы расходятся с более бихевиорально ориентированными философиями лечения, которые, похоже, смотрят на прием алкоголя и контроль над ним как на цель своих усилий. Для АА абстиненция (или, правильнее говоря, трезвость) — начало, а не конец лечения. Как недавно сказал один аддикт на встрече АА, «программа АА не вернула мне мою жизнь, она дала мне ее в первый раз».

Работы Марлатта и Собелла продемонстрировали важность установления последовательных диагностических критериев для проведения полезных исследований. Двенадцатишаговые программы и бихевиорально ориентированные ученые до сих пор рассматривают, определяют и понимают аддикцию по-разному. Для выздоравливающих алкоголиков и аддиктов аддикция является чем-то гораздо большим, нежели дурная привычка, которую нужно поменять. Она включает в себя установку, систему верований и ценностей, которых человек придерживается и которые

диктуют способ, в соответствии с которым он проживает свою жизнь. Хотя интенсивность этих дебатов подогревается неколебимостью личных убеждений и профессиональными пристрастиями, они имеют сравнительно небольшое клиническое влияние вне академической арены и тех немногих лечебных программ, которые используют отвращение и бихевиоральную терапию. Большинство практикующих специалистов и лечебных программ в этой стране знают по своему опыту то, что «Анонимные Алкоголики», «Анонимные Наркоманы» и т.п. знали всегда: абстиненция является единственным выбором для лечения алкоголиков и наркоманов. Тем не менее, данная полемика имеет гораздо больше значения, чем обычные академические дебаты. Как знает каждый, кто либо сам страдает от зависимости, либо работает с химически зависимыми лицами, больше всего алкоголик или наркоман хочет слышать и верить в то, что он может научиться контролировать употребление наркотиков или алкоголя в социально приемлемых рамках. Поместите десять алкоголиков в одну комнату и скажите им, что, по результатам исследований, один из десяти может вернуться к употреблению алкоголя в пределах нормы, и каждый из них будет верить в то, что именно он и является тем самым избранным. Как Уоллес (Wallace, 1985) показал на примере неофициального опроса 160 алкоголиков, в настоящий момент проходящих курс лечения, все 160 в прошлом пытались вернуться к контролируемому приему алкоголя, и эти попытки провалились. Учитывая то, что эти 160 «неудачников» могут быть все же более удачливыми, чем те, кто окончательно поддался этой болезни, дискуссия приобретает дополнительный оттенок безотлагательности. Это особенно справедливо в свете данных, которые показывают, что абстиненция влечет за собой лишь небольшой негативный эффект (если вообще влечет) для больных, даже если человек «всего лишь» злоупотребляет, и не является «на самом деле зависимым». Как правило же, абстиненция ведет к улучшению общего состояния здоровья и повышению чувства удовлетворенности жизнью. Таким образом, человек должен решить, стоит ли риск положительного ответа на вопрос «пить или не пить» возможной цены, которую заплатит тот, кто борется со своей болезнью.

Как упоминалось ранее, дискуссия на тему контролируемого приема алкоголя, Натурального Выздоровления и Управления Умеренностью также усложняется разницей в критериях диагно-

стики, которые используют многие профессионалы, проводящие исследования на данную тему. Человек, который будет считаться алкоголиком в одном исследовании, может не подойти под критерии алкоголизма в рамках другого. Конечно, многие лица, которые считаются алкоголиками по критериям Анонимных Алкоголиков, не подойдут под этот диагноз в соответствии с критериями DSM IV (APA, 1994). Многие профессионалы не осознают того, что критерии алкоголизма DSM IV не являются более совершенными, чем критерии АА, они просто другие.

Кертис Барретт (Curtis Barrett) следующим образом резюмирует суть дебатов:

Чтобы проиллюстрировать, насколько разнообразны диагностические критерии в наши дни, полезно будет сравнить критерии DSM III (Американская Психиатрическая Ассоциация, 1980), и те критерии, которые используются почтенной группой самопомощи «Анонимные Алкоголики». В DSM III прежде всего поражает то, что алкоголизм не включен в список умственных расстройств. Тем не менее, тщательное чтение приводит нас к следующей фразе: «Зависимость от алкоголя может называться алкоголизмом» (Американская Психиатрическая Ассоциация, 1980, стр. 169). Чтобы поставить диагноз «алкогольная зависимость», должны быть удовлетворены следующие критерии: (а) или постоянное патологическое употребление алкоголя, или нарушение социальной или профессиональной деятельности в связи с употреблением алкоголя; (б) или толерантность, или абстинентный синдром.

Разница между алкоголизмом и злоупотреблением алкоголем сводится к тому, обнаруживается ли у человека толерантность или абстинентный синдром. То есть, даже если у больного наблюдаются случаи провалов в памяти, запоев, неконтролируемого чрезмерного приема алкоголя, если он теряет работу и нарушает закон (например, из-за вождения автомобиля в нетрезвом состоянии), то, по критериям DSM III, его могут и не признать алкоголиком или зависимым от алкоголя (стр. 19, 1985).

АА, как всегда, избегает этой дискуссии, и, верная своей традиции, «смотрит на все проще». Членам АА предлагается поставить диагноз самим себе. Диагноз, поставленный кем-то другим, считается второстепенным по отношению к тому, который человек ставит себе сам. Члены АА являются алкоголиками, если они сами говорят, что они алкоголики. АА предоставляет своим членам литературу и необходимую информацию, если человек высказывает подобное желание. Но самодиагностика больного в качестве алкоголика является краеугольным камнем программы.

Барретт (1985) добавляет,

В главе «Как это делается» (АА World Service, 1939, стр. 58) можно прочесть, что человеку, который хочет получить пользу от АА, нужно подумать о том, чтобы предпринять некоторые шаги, «предлагаемые в качестве программы исцеления». Первый шаг таков: «Мы признали, что мы бессильны против алкоголя, что наши жизни стали неуправляемыми». Если человек хочет дальнейшей помощи в проведении самодиагностики, то его вниманию предлагаются материалы, которые помогут ему отметить у себя наличие соответствующих критериев заболевания, что не слишком отличается от методики, используемой в DSM III. (Стр. 19, 1985).

Совершенно очевидно, что целью АА является трезвость. И тем не менее, АА — это программа исцеления, направленная на сложное приспособление, необходимое для того, чтобы человек продолжал воздерживаться от приема алкоголя и наркотиков. «АА не учит нас тому, как справляться с неумеренным приемом алкоголя... Эта организация учит нас справляться с нашей трезвостью» (АА World Service, 1939, стр. 554). АА не исключает возможности того, что алкоголик может вернуться к контролируемому приему алкоголя, но говорит о том, что эта цель не может быть достигнута, если человек является истинным алкоголиком. Таким образом, АА признает, что тем алкоголикам, которые вновь возвращаются к контролируемому приему алкоголя, был поставлен ошибочный диагноз.

Учитывая эти проблемы, можно прийти к выводу, что компетентный исследователь, используя критерии DSM III или DSM IV в отношении алкогольной зависимости, не сможет выявить забо-

левание у человека, которого АА считает алкоголиком, даже если человек сам считает себя таковым. Эти трудности объясняют, почему исследования контролируемого приема алкоголя привели к таким противоречивым и спорным результатам.

Тот, чей интерес к алкоголизму есть лишь преходящее увлечение или академическое любопытство, никогда не поймет важности проблемы критериев. Для алкоголика, который борется со своей болезнью, это является буквально вопросом жизни и смерти. Например, Уоллес (Wallace, 1978) считает, что идеологическая база АА представляет собой ключевой компонент в процессе исцеления трезвого алкоголика. На самом деле, он утверждает, что алкоголики нуждаются в несколько пристрастном взгляде на реальность, проповедуемом АА. «Алкоголик не может себе позволить бесстрастную, незаинтересованную и почти небрежную игру со словами и идеями, которую предлагают любознательные академические интеллектуалы» (1975, стр. 7).

Уоллес твердо убежден в том, что алкоголик интуитивно признает необходимость стабильной и устойчивой системы верований для того, чтобы остаться трезвым. Ему гораздо труднее признать взвешенный взгляд на реальность, выражаемый академическими исследователями. Он считает, что:

Реальность чудовищно неадекватных инструментов измерения личностных характеристик, неподходящих процедур отбора, неадекватных измерений, неверного выбора переменных для исследований, сильно искаженных статистические предпосылок, сбора данных, ошибок в записи и анализе, и так далее, и тому подобное, спрятана под риторикой науки и научности. В таком случае, разве удивительно, что самое выдающееся качество большинства академических исследований состоит в том, что сейчас ты его видишь, а в следующее мгновение его уже нет? Разве не изумительно обнаружить трезвых алкоголиков, вцепившихся в свои системы верований, как тонущие поэты цепляются за свои метафоры в море путаницы? (1975, стр. 7).

Уоллес также признает важность помощи каждому пациенту достичь самоопределения в качестве алкоголика, и, таким образом, обрести объяснительную систему для своего поведения. Ле-

чение, с этой точки зрения, по большей части является обучением «экзотическому верованию», чья истинная ценность определяется тем фактом, что лечение (1) Помогает объяснить прошлое таким образом, чтобы дать надежду на будущее; (2) Позволяет алкоголику справиться со своей виной, тревогой, раскаянием и запутанными мыслями, и (3) Предлагает им вариант конкретного поведения (остаться трезвыми и работать в рамках 12 этапов программы), которое изменит их жизнь в желаемом направлении. Как говорит Уоллес, у алкоголика впереди целая жизнь трезвости, в течение которой он сможет признать тот факт, что не все его личные и социальные трудности проистекали из его алкоголизма. Но он может прийти к этому пониманию после того, как выведет алкоголь и наркотики из своей системы и направит свою жизнь в желаемом направлении. Как признает Мартин Бубер (Martin Buber, 1964), человеку в состоянии кризиса необходимо руководство. Только после того, как алкоголику удалось добиться трезвости, он может приступить к исследованию более глубоких психологических проблем своей жизни.

Недавние нейропсихологические исследования пролили некоторый свет на важность предоставления алкоголикам и наркоманам четкой структурированной программы, которой они должны следовать в течение первых нескольких месяцев абстиненции. Новоприбывшим членам программы АА советуют не принимать никаких важных решений в течение первого года выздоровления. Им рекомендуют не анализировать программу. Им сообщают, что программа АА успешна, потому что она успешна! Побывайте на девяноста собраниях за девяносто дней. Заставьте тело слушаться, и сознание за ним последует. Каждая из этих рекомендаций основана на интуитивном понимании того, что алкоголики на начальных стадиях абстиненции не способны четко мыслить и не обладают интеллектуальными способностями для принятия рациональных и разумных решений. Программа АА предлагает им двенадцать четких этапов, которым они должны следовать. Новым членам советуют «смотреть на все проще». После завершения первого этапа им велят завершить второй и приступить к третьему, и так далее.

В нейропсихологических тестах на абстрактное мышление, гибкость, подвижность интеллекта и новое научение алкоголики и наркоманы неизменно демонстрируют показатели, характерные для умственно отсталых (см. Главу 8). Их вербальный интеллект

и старые знания остаются незатронутыми. Следовательно, неискушенному наблюдателю они могут показаться адекватными. Уровень задержки развития обычно не является постоянным и не подразумевает структурных повреждений коры головного мозга. Скорее, их мозговые дисфункции имеют рассеянный характер, обычно они возникают в результате энцефалопатии, вызванной алкоголем и усугубленной нехваткой витаминов и питания. Большинство алкоголиков демонстрируют «мгновенное восстановление» корковых функций, если они воздерживаются от приема алкоголя и наркотиков и увеличивают прием пищи и витаминов. Это восстановление функций сознания является постепенным и стабильным процессом. Важнейшие улучшения обычно происходят в первые несколько месяцев, а полное восстановление достигается через один или два года абстиненции.

Выводы, которые можно сделать из данного исследования, таковы: для больного жизненно важны структура и направление, которые предоставляет АА на начальных этапах исцеления. Тем не менее, существует еще один важный аспект программы АА, который многие профессионалы недооценивают. АА предлагает начинающему выздоравливать алкоголику надежду и вдохновение. Джером Франк сказал бы, что АА помогает алкоголику бороться с деморализацией. Ялом говорил бы в данном случае о внушении надежды и необходимости «насуточной лжи» в нашей жизни. Эти утверждения близки к тому, что предписывает Уоллес, когда он предлагает учить алкоголиков «экзотическим верованиям». Программа АА успешна, потому что она не игнорирует важности верований и вдохновения в жизни человека.

Разница между тем, как видят и понимают лечение аддикций АА и академически ориентированные профессионалы, может наилучшим образом быть проиллюстрирована ссылкой на то, как Согьял Ринпоче (Sogyal Rinpoche), тибетский монах и автор «Тибетского пути проживания и умирания» (1992), описывает свой опыт, когда он оставил родной Тибет и начал читать лекции по буддизму в США. К своему удивлению, он обнаружил, что индивиды, принадлежащие к Западной культуре, реагируют на все драматически отличающимся от реакций Восточных людей образом. На Западе обучение находят «интересным», в то время как на Востоке буддийское учение считают «вдохновляющим». Он обнаружил совершенно различные ожидания и реакции у людей, имеющих различ-

ный культурный опыт и ценности. Ринпоче остро осознал, что мы — продукт нашего Западного наследия, и что наша культура имеет тенденцию ценить интеллект больше, чем эмоции, рациональное больше, чем духовное, и разум — больше, чем сердце. Наш опыт диктует нам то, что мы увидим, узнаем, и на что в конце концовотреагируем.

Это напомнило мне случай из моей собственной профессиональной карьеры, когда я много лет назад был рекрутирован в частную психиатрическую группу из Атланты, специализирующуюся на аддиктивной медицине. В ней было несколько врачей, выздоравливающих от своей собственной зависимости от наркотиков и алкоголя. Все они стали трезвыми и чистыми с помощью АА или лечебных программ, подчеркивающих концепцию болезни и двенадцатишаговый подход к выздоровлению. Все они, даже имеющие многолетние сроки трезвости и чистоты, были активистами программы. Вследствие этого, двенадцатишаговый подход к лечению очень сильно сказывался на их собственном стиле обращения со своими пациентами-аддиктами. После того, как я поработал там несколько месяцев, один из психиатров (я назову его Сэмом), трезвый активист АА с двадцатилетним стажем, вышел из своего кабинета, соседнего с моим, и спросил, как мне работается и как я приспосабливаюсь к специализации на аддикции. Частично целью его вопросов было утоление любопытства по поводу моего недавнего участия в Юго-Восточной Конференции по Аддиктивным Расстройствам (SECAD), которая проходит в Атланте ежегодно. Для тех читателей, которые никогда не участвовали в ней: это шестидневное действо, сфокусированное исключительно на двенадцати шагах и концепции болезни. Конференция привлекает огромное внимание профессионалов здравоохранения и выздоравливающих от аддикций. Сэма интересовала моя реакция, поскольку он знал, что я был там впервые. Он относился с некоторым подозрением к моему отношению к аддикции и программе АА, поскольку считал меня свежим выпускником академии и человеком «не из программы». Я думаю, что он не был уверен, не один ли я из тех «невежественных профессионалов», которых он и другие члены программы лишают доверия за плохое лечение, плохое руководство и неправильную диагностику, по опыту собственной аддикции. В ответ на его вопрос (что я думаю о конференции) я сказал со всей честностью, что конференция не произвела

на меня особого впечатления. Когда он спросил, почему, я ответил, что не услышал и не нашел почти никакой полезной или новой информации о лечении и об аддикции. Он рассмеялся от всей души, покачал головой и сказал: «Фил, ты упустил главное: люди ходят на SECAD не затем, чтобы получить информацию, а затем, чтобы вдохновиться».

Таким же образом, выздоравливающий аддикт или алкоголик не ходит в АА за информацией; они ходят за вдохновением. Подобно тому, как Ринпоче написал в своей книге по буддизму, вдохновение — важнейшая часть лечения, и именно поэтому программа работает, и поэтому многие академические ученые никогда не поймут ее. Они забыли или не встречались с душевной болью, пустотой и отчаянным чувством деморализации, с которым борются алкоголики и наркоманы. Аддикты нуждаются в чем-то большем, нежели информация; они нуждаются в том, чтобы кто-то их вдохновил и эмоционально затронул. Аддикция изолировала и отрезала их от подлинного аутентичного человеческого контакта. Ялом писал о важности идентификации, альтруизма и обретения надежды как о мощных исцеляющих факторах в группе. Те же силы действуют и на двенадцатишаговых встречах. Никогда нельзя забывать, что за ярлыком алкоголика или наркомана стоит живое, дышащее человеческое существо, которое страдает, запуталось, изолировано и отчаянно нуждается в вере и в направлении посреди своего кризиса.

Иллюстрация из буддийских религиозных традиций поможет уточнить важность насущной лжи, внушения надежды и экзотических верований при лечении зависимости. Концепция «полезных иллюзий» является центральной в религии Буддизма. Буддийские монахи и религиозные учителя поняли важность мобилизации надежды и веры во время ранних стадий сомнений в жизни. «Полезно» создать «иллюзию», которая может помочь каждому познать важный принцип жизни, который он в противном случае может быть не готов принять на ранних стадиях своего путешествия к самопознанию.

Хатчинсон (J.Hutchinson, 1969) обобщает буддийскую позицию, когда он говорит о цели Благородного Восьмеричного Пути (Noble Eightfold Path).

В чем состоит содержание этого опыта? Ответ Будды был похож на краткий диагноз терапевта и предписание по лечению болезни. Буддийские традиции передают правду Будды в форме Четырех Благородных Истин и Благородного Восьмеричного Пути. Первые две из Четырех Истин могут быть обозначены как диагноз, а третья и четвертая как лечение. Первая утверждает, что все сущее есть страдание, или *dukkha*, а вторая говорит о том, что страдание вызывается невежественными желаниями, или *trishna*. Третья истина сообщает, что страдание можно прекратить, отказавшись от невежественных желаний, а четвертая истина утверждает, что это можно осуществить с помощью Благородного Восьмеричного Пути. Поэтому, как говорит один писатель, «Будда нашел наивысший способ лечения от всех бед рода человеческого».

В Буддийском учении центральным постулатом является «выдувание» пламени страсти. Это понятие часто путают с уничтожением или смертью, но цель Будды состояла в том, чтобы ученик избавился от «невежественных желаний», от которых происходят страдания. Так же, как и ученик Будды, алкоголик должен отказаться от того, что, как ему кажется, сделает его счастливым (алкоголь), и прийти к осознанию того, что именно его неправильное понимание счастья (невежественное желание) вызывает его страдания. Разрушению этого цикла способствуют полезные иллюзии.

Ученик подошел к буддийскому монаху с вопросом о смысле жизни и с желанием достичь нирваны. Ученику в ответ было велено медитировать и следовать восьмеричному пути к просветлению, который включает в себя правильные действия и правильные мысли. После шести месяцев медитации ученик вновь посетил учителя, испрашивая инструкций, поскольку он все еще не достиг просветления. Через два года ученик опять попросил встречи с учителем, жалуясь на то, что он делает все, как ему велели, но все еще не в нирване. Он старался сохранять спокойствие, потому что ему сказали, что он должен быть терпелив и продолжать тренироваться на восьмеричном пути к просветлению. В конце концов, после пяти лет старательной медитации и занятий, ученик уже не мог сдерживать своего отчаяния, и в гневе обратился к монаху со следующими словами: «Я сделал все, что ты мне сказал! Я упражнялся на восьмеричном пути к просветлению! Я каждый день медити-

ровал и применял принципы правильных действий и правильных мыслей! Я все это сделал, и все равно не достиг нирваны!» На это буддийский монах ответил ему с любовью и пониманием: «Сын мой, нирваны не существует, но то, что ты медитировал и следовал восьмеричному пути, пошло тебе на пользу, не правда ли?»

Так же, как и буддийский ученик, выздоравливающий алкоголик, который прошел через все двенадцать этапов программы выздоровления, получает от этого пользу. Его жизнь, которая до этого полностью разваливалась, была приведена в порядок. Его здоровье, как физическое, так и психическое, обычно к этому моменту восстановлено. Теперь, после пяти лет трезвости, они могут понять, что не все их проблемы были вызваны алкоголизмом. Они еще не достигли просветления, но им намного лучше, чем в то время, когда они пили или принимали наркотики.

Этот очень важный вопрос не беспокоит адвокатов контролируемого приема алкоголя. Зачем нужно учить алкоголика пить в пределах нормы? Программа «Анонимные Алкоголики», как задумал ее Билл Уилсон (Bill Wilson), основатель организации, гораздо более заинтересована в стиле жизни алкоголика и его искаженной и разоренной жизненной философии. Хотя прием алкоголя и абстиненция являются вопросами ключевой важности для программы, это лишь первый этап из двенадцати шагов к выздоровлению. Вспомним о факте, который обычно никто не замечает. Первый шаг программы АА является единственным, который открыто упоминает прием алкоголя. Остальные одиннадцать шагов нужны алкоголику для того, чтобы использовать их в качестве проводника, который поможет ему изменить свой стиль жизни и восстановить обесцененные ценности. Такой взгляд заставляет нас задуматься о том, что же такого привлекательного в том, чтобы научить алкоголика пить в пределах нормы? Это ничтожная цель, которая не имеет никакого смысла.

Как пишет МакКрэйди (McCrary, 1985),

Люди, которые заработали диагноз «алкоголизм», потратили на это много усилий — они поглотили невероятные количества этанола и создали страшные неприятности в своей жизни, связанные с употреблением алкоголя. Зачем же тогда продолжать пытаться пить и снова рисковать столкнуться с теми же страданиями? Вместо того чтобы помогать ал-

коголикам пить, терапевтам лучше было бы рассматривать такое желание пить как «иррациональное верование». Психологи, демонстрирующие свои знания в области модификации когнитивного поведения, могли бы тогда помочь алкоголикам противостоять иррациональному верованию в то, что C_2H_5OH настолько важен, что его нельзя полностью исключить из своей жизни (стр. 370).

Более того, если адвокаты контролируемого приема алкоголя докажут, что алкоголики могут пить под контролем в течение определенного периода времени, то это только подтвердит то, что давно знает большинство людей, хорошо знакомых с программой АА. Алкоголики зачастую пьют под контролем несколько лет, до тех пор, пока либо не умирают, либо не завязывают. Они также обычно способны сами контролировать потребление алкоголя в течение нескольких недель подряд, и даже месяцев. Тем не менее, их эмоциональные страдания и их разрушенная жизнь требуют изменений и лечения. Большинство алкоголиков признают, что контроль только портит им удовольствие от приема алкоголя. Многие спрашивают: почему я должен захотеть ограничиться только одним пивом? С этой точки зрения, контроль не является достойной целью для зависимых пациентов, поскольку контроль лишь ограничивает свободу, которую алкоголики хотят обрести больше всего. Контроль является проблемой каждого зависимого больного, а не решением проблемы. Как пишет Стюарт (Stewart, 1985),

Алкоголики, у которых возникают трудности, больше страдают от применения контроля, чем от потери его. По настоящему свободный алкоголик не озабочен поддержанием контроля. Он или она гораздо более заинтересованы в постоянной свободе. Алкоголик, который контролирует ситуацию и боится потерять контроль, не является хорошим примером того, как получать удовольствие от трезвости. Абстиненция является единственным состоянием свободы для алкоголика. Большинство алкоголиков, которые остаются трезвыми в течение многих лет, поддержат это убеждение, но трезвость не состоит из одной лишь абстиненции. В трезвости присутствует творческая дисциплина, которой нет в самой абстиненции, поддерживаемой ради самой себя. Абстиненция сама по себе,

движимая силой воли, является механизмом контроля, но абстиненция и приверженность трезвости — это дисциплинированный акт любви. (Стр. 373-374).

В качестве возможного решения разумно было бы попросить самих пациентов взвесить риски и преимущества программ лечения, основанных на абстиненции, и программ, основанных на контролируемом приеме алкоголя. Тем не менее, поскольку наркоман или алкоголик, особенно находящийся в путях своей зависимости, обычно не в состоянии принять такое важное и рациональное решение, то риски, связанные с абстинентной терапией, не так велики. Тем, кто выбирает абстиненцию, вряд ли может повредить их воздержание. Почему бы не создать партнерство между Анонимными Алкоголиками и профессиональными медицинскими методиками, не объединить две различные группы знаний и опыта? Таким образом можно было бы повысить шансы на создание инновационной модели лечения, которая поможет большему числу алкоголиков и наркоманов, вместо того, чтобы продолжать разрушительную территориальную борьбу, которая идет в настоящий момент. Именно в этом и состоит цель данной книги, и это останется постоянным мотивом, который присутствует во всех предлагаемых альтернативах успешного лечения химически зависимых пациентов.

Тем профессионалам, которые относятся с подозрением или враждебностью к двенадцатишаговым программам, было бы гораздо ценнее направить часть своей энергии на понимание того, что представляют собой программы и как они работают. Более чем какая-нибудь другая, АА — прагматичная программа, гораздо меньше озабоченная «почему», чем «как». Вместо того, чтобы пытаться дискредитировать ее или держаться от нее подальше, и профессионалам, и пациентам было бы лучше понять ее результаты. Как часто говорят новые члены программы, «Если оно не сломано, зачем его чинить?». Критики программы видят только ее духовные корни и обвиняют ее в том, что это религиозная организация, идеология которой поощряет унижение, уступчивость, контроль над мыслями и зависимость. Многие критики, чьи собственные идеологические верования глубоко укоренены в Западной рациональной философии и психологической науке, могли бы с большим пониманием и принятием отнестись к программе

АА, если бы они поняли, что исторические корни программы могут быть прослежены до Уильяма Джеймса, одного из пионеров научной психологии и философии Прагматизма. Работы Джеймса и его классический текст, «Разнообразие религиозного опыта» (1902), глубоко затронули Билла Уилсона, главного архитектора АА, Большой Книги, двенадцати шагов и двенадцати традиций. Для Джеймса, как и для всех прагматиков, существовал один главный принцип: ценность и правдивость чего-либо тесно связана с выгодой и практической полезностью. Если что-то работает, значит, это правда. Прагматиков гораздо меньше интересовали большие, абстрактные и бестолковые теории, или то, что Джон Дьюи называл «знанием наблюдателя», чем главные факты и практические аспекты знания, пришедшие из опыта чего-то работающего, после того как оно было попробовано и протестировано.

Членам АА говорят: «Используй! Не анализируй; приди на 90 встреч за 90 дней!» В соответствии с рекомендацией Джеймса (если хочешь изменить способ своего мышления или чувствования, сначала поменяй способ поведения), членам АА говорят: «Приведи свое тело на собрание, и твой разум за ним последует». Наверное, никто не демонстрирует этот прагматизм столь ясно, как Отец Мартин, католический священник и один из первых энтузиастов АА — живое воплощение общества и его философии. Когда его однажды спросили, почему АА работает, Отец Мартин ответил в своем особенном стиле: «АА работает, потому что работает!». Полезность обучения аддиктов и алкоголиков верить в принципы двенадцатишаговой программы определяет ее правдивость.

Со времени публикации первого издания этой книги (1988) число профессионалов, принимающих и знающих АА и их двенадцатишаговую философию, возросло. Они увидели невыгодность противостояния и нашли способы совместить АА и профессиональные лечебные программы. Минкофф (Minkoff, 1995) настаивал на ценности интеграции и взаимного дополнения двенадцати шагов и философии психиатрического лечения. Он уверен, что существует потребность в «объединенной концептуальной модели» лечения, которая основывается одновременно и на модели аддикции как болезни, и на модели психической болезни. Поскольку Минкофф специально фокусируется на пациентах с двойным диагнозом (психотиках-аддиктах), его попытка рассматривать ад-

дикцию как болезнь, включающую в себя два независимых и первичных, но взаимовлияющих расстройства, имеет смысл, так как он осознал бессосновательность разделения модели душевного здоровья и модели болезни. Он понял, что исторические корни этого расщепления лежат в неспособности медицинского истеблишмента адекватно лечить или понимать алкоголиков. В сущности, современная медицина отвернулась от проблем алкоголиков, и именно эта неудача заставила Билла Уилсона и других страдающих алкоголизмом создать свой собственный метод лечения. Их интересовало то, что работает, и гораздо меньше — господствующие убеждения и философия, диктующие, что следует считать болезнью и как нужно строить лечение.

Минкофф изучает типичный иерархический медицинский подход к лечению и его тенденцию разделять модель болезни и модель душевного здоровья. Он показывает смехотворность ситуации, распространяя ее на другие аспекты психиатрической помощи. Представьте, что страдающий тревожным расстройством может лечиться только у специалиста по тревоге, а если есть некоторые признаки депрессии, нужно вызывать специалиста по депрессии.

К счастью, растет число профессионалов и исследователей, начинающих признавать преимущества АА и других двенадцатишаговых программ. Они обнаружили, что интеграция будет вполне взаимодополняющей. Например, Додс (Dodes, 1988) утверждает, исходя из своего опыта комбинированного лечения более чем 500 пациентов (психоаналитическая психотерапия плюс двенадцатишаговая программа) что «пациенты показали свою способность бессознательно понимать двойственность своего внутреннего функционирования, и, таким образом, принимать двойственность терапевтического подхода.» (стр. 288) Таким же образом, Браун (Brown) пишет о похожих результатах в своей прекрасной книге «Лечение алкоголика: развивающаяся модель выздоровления» (1985), основываясь на десятилетнем исследовании, проведенном ею на выздоравливающих алкоголиках, успешно прекративших употребление. Хотя сначала ее интересовала идентификация того, что и прочему сработало для членов АА, другой главной задачей книги была попытка сформировать «синергетичное партнерство между сферами АА и профессиональной помощи», хотя автор ясно понимала недоверие и конкурентную враждебность между ними. Хотя она утверждала, что находится на стороне ал-

коголика и что ее «книга является вызовом профессиональным помощникам и неалкоголикам любых профессий, предлагающим им пересмотреть свои убеждения, ценности и теории об алкоголе и алкоголизме», она так же твердо уверена, что «алкоголик очень нуждается в профессионалах». Ее книга является одним из примеров растущего числа призывов к «синергетичным рабочим отношениям», раздающихся в профессиональном сообществе.

Понимая причины разделения, Браун предостерегает алкоголиков от опасностей, по-прежнему присущих профессиональному сообществу:

«Если вы страдаете алкоголизмом, скорее всего, ваш алкоголизм не будет диагностирован врачами, психологами или другими представителями помогающих профессий. Если ваш алкоголизм диагностирован, велик шанс, что вы не получите направления на соответствующее лечение. Вам могут посоветовать «снизить дозу» или послать к психиатру, чтобы он определил, в чем состоит ваша реальная проблема. Если вы абстинент, выздоравливающий от алкоголизма, и нуждаетесь в профессиональной помощи в связи с другими жизненными проблемами, велик шанс на то, что вы будете слишком бояться профессионалов, чтобы искать то лечение, которое вам требуется. Конечно, существует множество исключений, но все же многим знакома эта мрачная картина». (стр. Ix)

Выводы Браун помогают объяснить то, почему выздоравливающие аддикты не доверяют профессионалам. Конечно, многие из членов двенадцатишаговых программ завоевали право относиться с подозрением к «невежественным профессионалам», которые зачастую ставили им неправильный диагноз и предлагали слишком малую помощь в борьбе с их личными аддикциями. Например, алкоголики часто рассказывают о движении по нисходящей, когда им советовали «снизить количество выпиваемого», пока профессионалы попытаются найти «истинное ядро» их проблемы. Нужно лишь сходить на несколько встреч АА, чтобы услышать жуткие истории, которые рассказывают многие участники. Фактически, движение АА никогда бы не возникло, если бы оно не было именно тем, в чем отчаянно нуждаются алкоголики. АА, как социальный феномен, является примером того, как часть по-

раженной популяции объединилась в общество взаимопомощи, потому что санкционированные обществом способы лечения оказались неадекватными. Сам основатель АА Билл Уилсон не сомневался в необходимости кооперации АА и профессионалов в своем собственном лечении и выздоровлении от алкоголизма. Он дважды возвращался к индивидуальной психотерапии со своим другом и адвокатом, психиатром Harry Tiebout. Исследование, проведенное АА, обнаружило, что 60 процентов его членов обращалось к некоторым формам психологического лечения в прошлом, и этот процент растет с каждым годом ("АА", 1990).

Большая часть критицизма в адрес общества Анонимных Алкоголиков в прошлом была сфокусирована на идеологической и религиозной составляющих его мировоззрения, так как подразумевалось, что АА оказывает давление на своих членов с целью заставить их принять свою систему верований, и что это давление каким-то образом им вредит. Например, Турнье (Tournier, 1979) критикует эффективность АА, потому что этот метод лечения никогда не был научно обоснован, и потому что идеология братства доминирует настолько, что это не позволяет появиться новым идеям. Джонс (Jones, 1970) также критикует программу АА за «принятие тоталитарной идеологии» (стр. 195). К сожалению, атаки этого типа недальновидны и отражают недостаточную информированность о философии Анонимных Алкоголиков. Химически зависимые лица получают больше пользы, если критики АА направят свою энергию на понимание идеологических различий между программой АА и своей собственной. Если они лучше поймут АА, они обнаружат, что несоответствие в действительности не так уж велико. В действительности профессионалы могут там многому научиться в области психотерапии и лечения, причем не только аддиктивной личности, но и любого человека, не страдающего зависимостью. И именно в области групповой психотерапии эти две точки зрения могут быть наилучшим образом совмещены, образуя поддерживающий подход в терапии. Соединение принципов Анонимных Алкоголиков и групповой психотерапии может быть воодушевляющим и крайне полезным предприятием.

Глава 2.

Различные Модели Групповой Психотерапии

Абрахаму Маслоу приписывают высказывание: «Если единственный инструмент, который у вас есть — это молоток, то каждая проблема для вас будет выглядеть, как гвоздь». Сатирическое, но убедительное замечание Маслоу точно выражает потенциальную опасность искреннего и безоглядного следования любой теории «лечения» аддикции. Рассмотрение аддикции только с позиций концепции болезни, например, может привести доверчивого наблюдателя к тому, что он будет видеть только гвоздь (т.е. болезнь аддикции), который необходимо забить на место единственно возможным инструментом (т.е. обществом Анонимных Алкоголиков, к примеру). Конечно, АА — не единственная организация, некоторые из участников которой близоруко ограничены своим туннельным видением. Групповая психотерапия, как и большинство официальных психотерапевтических школ (т.е. психодинамическая, Роджерсианская, гештальт и др.) имеет в числе своих сторонников часть таких, которые верят, что их метод лечения пациентов, страдающих от аддикции — единственно правильный. К несчастью, такой недальновидный подход ограничивает число возможных вариантов использования различных инструментов лечения аддикции.

Эта глава посвящена не столько необходимости объединения двенадцатишаговых программ и профессионалов в духе взаимной кооперации, сколько тому, чтобы выработать систематическую модель лечения химически зависимого лица в группе. Групповая психотерапия, преподаваемая и практикуемая сегодня, страдает своей собственной формой фракционности. Сторонники различных моделей часто настаивают на превосходстве своего специфического подхода к групповому лечению. Каждая модель групповой психотерапии может предложить что-то уникальное определённым людям, и в руках квалифицированного клинициста все эти модели могут обеспечить мощный терапевтический эффект для

участников группы. Однако, модель необходимо адаптировать к потребностям определенной популяции, и цели лечения также имеют важное значение при выборе модели. Если групповая психотерапия должна являться мощным инструментом лечения аддикции, необходимо задать множество важных вопросов, и в итоге ответить на них. К примеру, на какой стадии выздоровления находится конкретный аддикт? Группа, составленная из лиц, не пьющих два-три дня, сильно отличается от группы, где участники воздерживаются два-три года. Во-вторых, какова цель группы? Точнее говоря, является ли воздержание от алкоголя и наркотиков целью лечения, и как его можно добиться в условиях групповой психотерапии? Задачей этой главы является не защита одних подходов к групповой психотерапии перед другими, а необходимость разобраться, какая модель лучше соответствует потребностям химически зависимых лиц на каждой стадии выздоровления. Каждая модель групповой психотерапии, представленная здесь, требует от ведущего анализа определенных аспектов поведения группы и (отдельно) её участников.

Различные способы анализа оказывают огромное влияние на то, что именно ведущий наблюдает и, в конечном итоге, на что он реагирует. Это, в свою очередь, зависит от основной задачи, которую группа надеется выполнить, и, следовательно, влияет на выбор уровня интервенций, которые ведущий может использовать. Эти решения ведущий и лечебная организация должны принять до того, как участники группы займут свои места. Подобные критические аспекты групповой психотерапии будут обсуждаться в применении к ее самым обычным и популярным подходам. Каждая модель, доступная потенциальному ведущему, будет рассмотрена с точки зрения специфических трудностей, которые возникают в группе, состоящей из химически зависимых лиц.

Некоторые модели групповой психотерапии

Успешная групповая психотерапия, с аддиктивными или неаддиктивными участниками, требует соблюдения и поддержания двух условий. Во-первых, групповая задача и групповая структура должны соответствовать потребностям участников. Если ведущий и лечебное учреждение будут придерживаться модели болезни, то целью должно быть воздержание, а задачи группы должны

структурироваться таким образом, чтобы его достичь. Во-вторых, техника работы должна быть адаптирована таким образом, чтобы соответствовать общей задаче или цели группы. К сожалению, цели зачастую неясны или путаны, а систематический план их достижения недостаточно определен. Ведущие и участники часто склонны определять группу скорее с точки зрения применяемой техники (т.е., коммуникативные упражнения, горячий стул и пр.) или теоретической ориентации (психодинамическая, гештальт и пр.), нежели с точки зрения цели или выполняемой задачи. Теории и техники могут быть скорее священными ритуалами, чем инструментами для выполнения задач, определяемых целью группы. Подобным же образом множество групповых подходов, которые возникают для определённых целей (например, двенадцатишаговая программа), и групповая психотерапия часто рассматриваются как конкурирующие предприятия, а не различные способы достижения тех же самых результатов.

Сингер (Singer) и др. (1975) обрисовали эвристическую «когнитивную карту» поля групповой психотерапии, которая категоризирует групповые подходы с точки зрения двух основных параметров:

1. Система задач группы, и
2. Психологические уровни систем, задействованных в этих задачах.

Эта когнитивная карта будет представлена здесь в адаптированной форме, чтобы дать возможность потенциальным ведущим лучше понять альтернативы, доступные при данном подходе в группе химически зависимых лиц. Групповые события, по Сингеру, располагаются в гипотетическом континууме, где с одной стороны находится научение, а с другой — психологическое изменение. Несмотря на опасность чрезмерного упрощения, членов группы можно мысленно разделить на тех, кто пришел затем, чтобы получить новую информацию, и тех, кто хочет изменить некоторые аспекты своего поведения.

В этом контексте обучение — это нечто, происходящее в переживаниях индивида и приводящее к когнитивному или перцептивному изменению. Читающий эту главу, я надеюсь, достигает когнитивного изменения в результате получения новой информации. Психологическое изменение определяется как увеличение способности справляться с чем-либо, модификация личностной

структуры или расширение репертуара ответных реакций. Психологическое изменение в этой перспективе обычно ассоциируется с экспериментальным («переживательным») компонентом групповых событий, с меньшим акцентом на изменении когнитивных установок. Каждое групповое собрание обычно выдвигает на первый план один из двух компонентов. Ориентация группы и её ведущего является важным определяющим фактором для выделения того, на что будет сделан больший акцент. Разумеется, обучение и изменение не исключают друг друга, а в действительности часто друг друга опосредуют. Тем не менее, на каждой групповой сессии необходим имплицитный (если не эксплицитный) акцент, определяющий, какую задачу (обучение или изменение) следует считать приоритетной. В условиях групповой психотерапии химически зависимых лиц, если учитывать возможные последствия дальнейшего употребления алкоголя, изменение должно быть важнее обучения, по крайней мере на ранних этапах лечения. Таким образом, задачи группы могут быть определены в виде трех возможных вариантов: 1. Изменение, 2. Обучение и изменение, 3. Обучение (см. Рис. 2.1).

Рис. 2.1

Обучение	Обучение и изменение	Изменение

Психологические уровни интервенции

В распоряжении ведущего группы имеется несколько вариантов того, каким образом осуществлять анализ и интервенцию в группе. Психологические интервенции могут в основном быть разделены на три широких, но, тем не менее, чётких категории.

Во-первых, ведущий может выбрать вмешательство на уровне группового процесса (т.е., что сейчас происходит в группе, какие динамики привели к такому набору реакций на определенного участника или участников в этой группе в данный момент?). Во-вторых, ведущий может сфокусироваться на межличностном процессе (т.е., что за взаимодействие происходит между определенными участниками группы? Почему один участник реагирует в поддерживающей манере на большинство членов группы, но тут же атакует одного из них, который проявил себя при тех же обстоятельствах?). В-третьих, ведущий может решить сфокусироваться на внутриличностном процессе каждого участника (т.е., как каждый защищается, реагирует, обращается со своей тревогой, злостью и стрессом). Каждый процесс как система концептуально отличается от других, но, в то же время, тесно связан с ними. Так как поведение детерминировано множеством причин, любое событие, происходящее в группе, может считаться результатом процессов, происходящих на всех уровнях одновременно. Рассмотрим следующий пример — первую сессию группы начинающих выздоравливать алкоголиков.

В начале собрания группы Сэм, шумный и провокативный субъект с длинной и запутанной историей алкоголизма, начинает работу, желая обсудить свою злость и невозможность доверять соседу по комнате. Его первая жалоба заключается в недостатке доверия, ибо его сосед постоянно употребляет наркотики. Сам же Сэм наркотиков не употребляет, и сейчас старается решить, стоит ли ему бросать пить, или лучше сократить потребление алкоголя, несмотря на несколько неудачных попыток контролировать выпивку. Постоянные срывы привели к недавно случившемуся разводу. Участники группы разделяются в своей реакции на выступление Сэма; большинство поддерживает его и выражает понимание его затруднительного положения. Тем не менее, Шерон, тихая и тревожная женщина, борющаяся со своей привычкой к

транквилизаторам, активно протестует по поводу недоверия Сэма к соседу, и становится необычно решительной в своих нападениях на него.

На групповом уровне эта трансакция может быть рассмотрена несколькими способами. Конечно, доверие, на котором сосредоточился Сэм в отношениях со своим соседом по комнате, является тем спорным вопросом, который вся группа хотела бы поднять напрямую. Это, без сомнения, верно, поскольку группа состоит исключительно из новых участников, и каждый человек, вероятно, чувствует неуверенность по поводу уровня сотрудничества, поддержки и безопасности в группе. Выбор проблемы доверия и обсуждение ее как внешнего феномена может быть для участников способом избежать напряженности этого вопроса здесь и сейчас. Бегство группы от прямого обращения к своим чувствам, касающимся недоверия ведущему и членам группы, может также быть отражением общей неловкости, которую каждый участник испытывает в новом и незнакомом окружении.

На межличностном уровне возможно пробуждение старых обид на других участников, или, точнее, на трансферентные фигуры, которые участники представляют друг для друга. Сильная реакция Шерон на Сэма в действительности отражает её злость на то, что ей не доверяют муж и другие важные в её жизни люди. Её гнев вызван тем, что Сэм недостаточно понимает проблемы своего соседа с наркотиками. Она сильно идентифицируется с соседом, потому что чувствует себя несправедливо осуждаемой. Это еще более невыносимо для нее из-за того, что она доверяла людям, а теперь чувствует себя преданной врачом, который выписывал ей транквилизаторы.

Провокативный стиль Сэма, в сочетании с недостаточной терпимостью к чужим проблемам, и его собственное настойчивое отрицание того, что он алкоголик, может вызывать воспоминания Шерон о собственном отце, не признающем себя алкоголиком и критикующем её мать за то, что та недостаточно ему доверяет.

На внутриличностном уровне оба описанных участника, как и все мы, имеют давние тревоги, конфликты, фантазии, защиты и компенсации, которые они принесли с собой в группу. Сэм, например, может отвлекать внимание от собственных сложностей в выздоровлении и достижении абстиненции, вовлекая других участни-

ков группы в обсуждение проблемы своего товарища по комнате, в то же время показывая, что он активно взаимодействует с остальной группой на личностном уровне. В то же время, Сэм навязывает группе бесконечные дебаты на тему установления, является ли его сосед аддиктом, хотя прежде всего самому Сэму необходимо задать себе этот вопрос и найти ответ на него. Провокативный и уклончиво-оборонительный стиль Сэма нуждается в понимании, исследовании и, в конечном счёте, в терапевтической конфронтации. Полное понимание того, что происходит в группе, будет требовать сведений на всех трёх уровнях. И только после этого будет достаточно информации для объяснения того, почему это поведение проявилось у этих участников в этой группе именно в это время. Однако, прежде чем это решится, ведущий должен вернуться к первому важному вопросу — какова цель этой группы? (Рис. 2.2)

Рис 2.2

	Обучение	Обучение и изменение	Изменение
Групповой процесс			
Межличностный процесс			
Внутриличностный процесс			

Чтобы помочь себе ответить на него, ведущий теперь имеет на своей концептуальной карте выбор вмешательств, основанный на выполнимых задачах и доступных целях.

Что касается групп, ориентированных на обучающие задания или на инсайт, то три уровня (т.е., интраперсональный (внутриличностный), интерперсональный (межличностный) и группо-

вой) относятся к процессу или системе, являющейся объектом изучения. Ведущий группы выбирает, какой из этих трёх уровней будет лучше служить интересам и потребностям участников данной группы. Нужно ли им в первую очередь лучше понимать себя, и как этого лучше всего достичь? В контексте изменений понятие уровня направляет нас к таким процессам, которые могут быть двигателями для интервенций, приводящих к изменению. Например, групповое давление (групповой уровень), терапевтические отношения с ведущим и участниками группы (межличностный уровень), или интерпретация и конфронтация защитных структур (внутриличностный уровень); все это — возможные пути изменения поведения химически зависимого человека.

Большинство моделей групповой психотерапии могут быть распределены на следующие четыре категории:

1. Группа изменения фокусного критерия;
2. Группа, ориентированная на индивидуальное развитие и личностные изменения;
3. Группа межличностного общения, и
4. Процесс-ориентированная психодинамическая группа.

Эти четыре типа групп будут описаны ниже и систематизированы в схемах 2.3 — 2.7. Хотя представленные здесь «когнитивные карты», созданные на основе неформальных наблюдений Сингера за задачами и структурой различных групп, сильно упрощены, они согласуются с эмпирическими аналитическими обзорами Lomranz, Lakin и Shiffman (1972), на основе которых Сингер и его сотрудники и создали свою схему. Разумеется, существует множество групп, которые выбиваются из вышеперечисленных категорий и не укладываются в эту типологию. Несмотря на недостатки данной типологической классификации, презентация и категоризация различных подходов к групповой психотерапии, я надеюсь, обеспечат начинающему ведущему лучшее понимание возможных вариантов, доступных ему в рамках групповой терапии аддикции.

Группы Фокусного Критерия (focused criteria groups)

Группы изменения фокусного критерия специально придуманы для того, чтобы изменять или прекращать саморазрушительное или пораженческое поведение участников. Такие группы обычно краткосрочны и исторически используются при аддиктивных типах поведения (будь то курение, еда или наркотики), при попытках

редуцировать симптом (застенчивость, горе, панические расстройства, восстановление после развода, управление болью) или отретировать поведение (ассертивность, разрешение конфликтов и т.п.). Обычно это или в высшей степени конфронтрующие, или в высшей степени поддерживающие группы. Ведущий часто бывает очень активен, и, поскольку в фокусе находится изменение поведения, инсайту или новому знанию о себе придается мало значения.

Эти группы обычно очень специфичны и, вследствие этого, гомогенны по составу. В отличие от гетерогенных групп, которые способствуют пониманию того, как проявляются отличия каждого члена группы, гомогенные ищут сходство в жизнях своих участников, что дает возможность повысить их податливость и добиться изменения поведения. Хотя гомогенные группы фокусного критерия могут проводиться и в амбулаторном режиме, все же для них больше подходят условия стационара, где собираются представители специфической популяции.

Здесь важно точнее уяснить, что означают понятия «гомогенная» и «гетерогенная» группа. Ялом (1975) подробно описал отношение между факторами композиции группы и лечебным результатом. Он сделал вывод: «общее клиническое мнение заключается в том, что гетерогенные группы имеют преимущества над гомогенными при проведении интенсивной интеракционной групповой терапии» (стр. 261). Хотя гомогенные группы быстрее достигают сплоченности и обеспечивают немедленную поддержку (и, следовательно, в них меньше прогулов, уходов и конфликтов), они все же с большей вероятностью остаются на поверхностном уровне, давая меньше возможностей для изменения структуры характера.

Изменение характера является настоятельно необходимым компонентом успешной долгосрочной терапии химически зависимого лица. Следовательно, потребность в гетерогенности группы тем больше, чем дольше алкоголик или аддикт воздерживается от приема вещества. Применяя рекомендации Ялома, фокус на гомогенности группы будет более полезным на ранних этапах лечения, а повышение внимания к факторам гетерогенности должно возрастать к более поздним стадиям — постлечебной, профилактике срыва или долгосрочной амбулаторной группе.

Однако, как утверждает Ялом, существуют и другие факторы, которые следует принимать во внимание при выборе гомогенной или гетерогенной группы. Он рекомендует стремиться к макси-

мальной гетерогенности в области паттернов копинга (стратегий поведения в трудной ситуации, прим.ред.) и конфликтных областей, в то же время поддерживая гомогенность по степени уязвимости каждого участника и его способности выносить тревогу. Как знает любой опытный специалист по аддикции, химически зависимые лица на ранних стадиях выздоровления не могут регулировать свою уязвимость или выносить тревогу и неопределенность. Однако, они должны развить эту способность позже, если останутся трезвыми или чистыми, поскольку не будут больше иметь такой роскоши, как химический способ самоуспокоения. Согласно рекомендации Энн Алонсо (Anne Alonso, 1985), группа функционирует лучше всего, когда ведущий удерживает ее на максимально *переносимом* уровне тревоги. На ранних стадиях выздоровления аддикты и алкоголики не могут выносить двусмысленности или неопределенности. Позднее для них будет критически важным научиться иметь дело с подобными чувствами без химических веществ. Сингер и др. (1975) представили очень нелестное описание группы по лечению аддикции как фокусного критерия. (см. Рис.2.3)

«Целевое поведение является по своей природе аддиктивным; оно превращается в способ избегания тревожности, отчаяния, депрессии, бессмысленности или беспомощности. К тому же, вдобавок к физической зависимости, оно психологически подкрепляется. Программы, в которых это обычно происходит (например, Дом Феникса, Следящие за Весом) и их ведущие сначала используют вступительные ритуалы, включающие в себя исповедь и унижение, для того, чтобы создать мощную идентификацию с программой и группой. Заместительная зависимость делает возможным отрыв от целевого поведения. Ведущие поощряют групповое давление, поддерживающие санкции — не интерпретации или дидактические переносы — чтобы помочь участникам оставаться абстинентными после первоначального отрыва... Ведущие групп фокусного критерия создают впечатление, что внутри- и межличностные процессы являются ключевыми для изменений. При ближайшем рассмотрении оказывается, что в первую очередь индуцируют перемены скрыто используемые групповые процессы» (стр. 146, Сингер и др., 1975).

Рис. 2.3



3) Управление поведением,
Анонимные обжоры,
Бросающие курить и т. п.

Исторически то, что считалось групповой психотерапией аддиктов и алкоголиков, было в действительности вариацией гомогенной группы фокусного критерия. Обычно ведущий, очень активный, конфронтрующий и директивный, работал последовательно с каждым участником, пока тот сидел на «горячем стуле». Остальные члены группы, в сущности, служили аудиторией или помощниками, конфронтруя или поддерживая пациента, отдавая ведущему власть воздействовать и направлять.

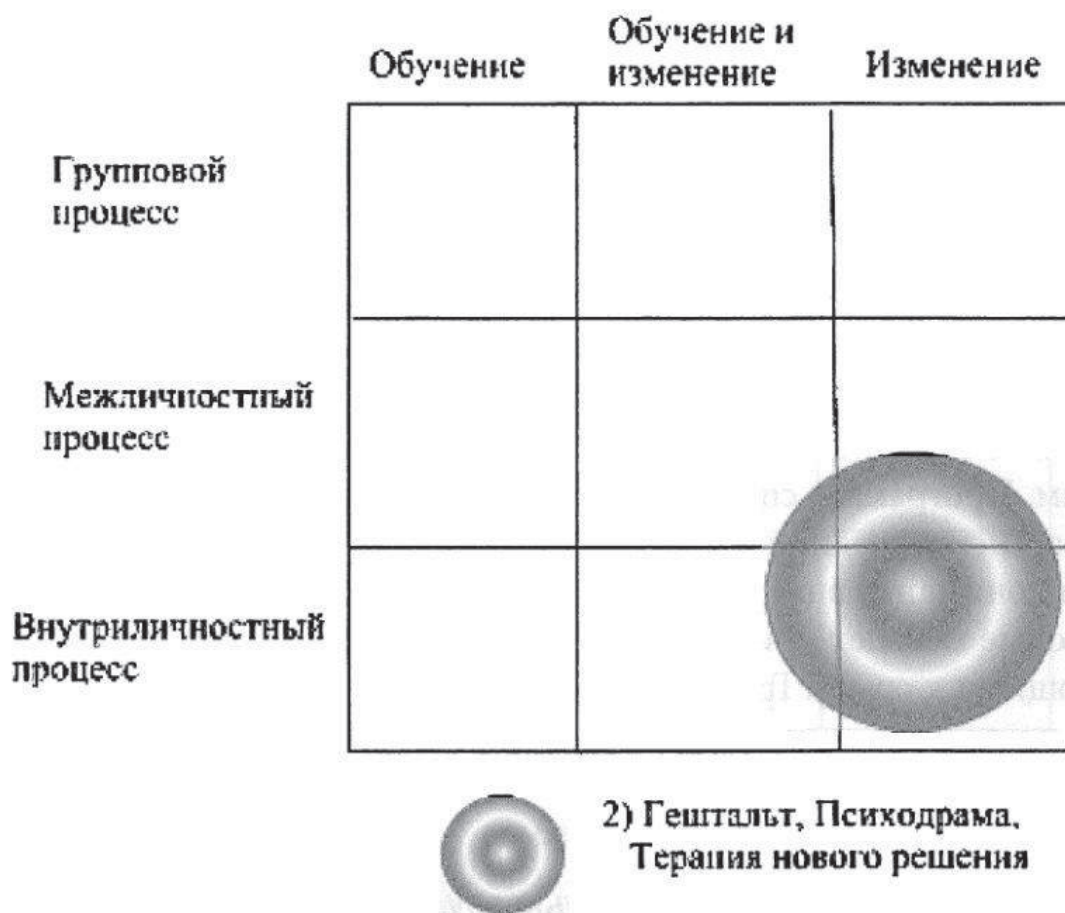
Хотя Сингеру и его соавторам не удалось определенно отнести двенадцатишаговые группы типа Анонимных Алкоголиков, Анонимных Наркоманов и Анонимных Кокаинистов к своему формату групп фокусного критерия, многие характеристики групп подобного типа присутствуют в этих программах. Тем не менее, большая удача, что они исключили АА, АН и АК из данной категории, потому что, хотя их описание групп фокусного критерия для аддикций достаточно точно, ему недостаёт значения двенадцати шагов АА и других ориентированных на абстиненцию программ. Двенадцать

шагов АА — уникальный обучающий компонент группового процесса, который является настоящим секретом успеха программы. Как с готовностью признает любой выздоравливающий алкоголик или аддикт, простое хождение на встречи АА не даёт гарантии длительной трезвости или абстиненции. Это происходит лишь при работе по шагам программы. Если двенадцатишаговые программы могут предложить более эффективную помощь своим химически зависимым членам, то зачем АА, АН и АК профессиональное ведение групп? Оно им не нужно, если единственная цель группы — предложить поддержку и гарантировать абстиненцию. Групповая психотерапия никогда не намеревалась заменить АА, АН и АК. Сама по себе она не сделает алкоголика трезвым или наркомана чистым. Программы справляются с этим гораздо эффективнее. Групповая психотерапия должна предлагать химически зависимым лицам понимание внутрличностных и межличностных конфликтов, которые мешают принятию программы и могут быть силами, толкающими к срыву. Групповая психотерапия может также ускорить процесс выздоровления и подкрепить шаги двенадцатишаговых программ для тех людей, кто испытывает трудности в понимании, принятии шагов и в работе по ним.

Индивидуально-ориентированные группы изменений

Группы, которые ведутся в формате индивидуального изменения, также имеют своей первостепенной задачей изменение поведения индивида, будь то уменьшение страдания, рост осознания или повышение способности к творчеству. Следовательно, этот подход имеет некоторое сходство с группами фокусного критерия. Однако, имеется существенная разница в использовании индивидуальной терапии в группе. Хотя этот подход также имеет тенденцию использовать остальную группу как помощников или аудиторию при индивидуальной работе с одним из участников, обычно существует также хорошо проработанная теория, определяющая техники и стратегии задействования группы. В отличие от групп фокусного критерия, где ведущий проводит индивидуальную терапию в группе, некоторые из этих подходов (психодрама, психомотор) используют остальных участников в очень структурированной и директивной манере, которая усиливает переживания членов группы таким способом, который невозможен в индивидуальной терапии (см.рис. 2.4).

Рис. 2.4



Хотя этот формат включает широкий ряд технических и теоретических подходов к групповой психотерапии, в том числе психотерапию нового решения (Goulding и Goulding, 1979), психодраму (Moreno, 1971), гештальт (Perls, 1969), биоэнергетику (Lowen, 1969) и психомотор (Pesso, 1991), средством для изменения везде является интрапсихическое фокусирование вкупе с интервенцией ведущего. Группа рассматривается как совокупность личностей, и ведущий, по существу, работает в каждый момент времени с одним участником группы, в то время как остальные действуют как наблюдатели, помощники, альтер эго и «значимые другие». Групповые процессы, за исключением товарищеской поддержки или предоставления многочисленных трансферентных фигур, как правило, считаются отвлечением или принуждением к лечению, и активно в работе не используются. Акцент ставится на изменении, а инсайт или научение иногда считается помехой или препятствием к изменению. Прототипом этой модели может являться проводимая Перлзом групповая гештальт-психотерапия, где участники

по очереди работают с ведущим группы на «горячем стуле». Интеллектуализация, инсайт и научение в терминах Перлза называются «mind fucking» и свидетельствуют о когнитивных защитах.

Участники группы вместо этого поощряются к фокусированию на своем интрапсихическом опыте, повышая степень своего осознания. Как часто напоминал Перлз, они должны «потерять разум и прийти к своим ощущениям». Изменение является центральным фокусом каждой сессии, а на понимании в обычном смысле ставится небольшой акцент. Однако, не вся гештальт-терапия по природе своей Перлзовская. Эта чрезмерно стереотипная презентация гештальта используется только для иллюстрации, и не слишком справедлива для других гештальт-терапевтов типа Эрва и Мириам Полстеров, которые нечасто используют в своих группах классическую технику пустого стула или «горячий стул», если вообще это делают.

Полстеры и Гулдинги — прекрасные терапевты, которые применяют этот подход в группах. Каждый будет описан в некоторых деталях, чтобы проиллюстрировать преимущества данной модели. Полстеры описывают гештальт-терапию как основанную на феноменологии экзистенциальную психотерапию. Она феноменологическая, потому что акцентирует осознание индивидом того, что он или она переживает в данный момент. Она экзистенциальная, потому что фокусируется на ответственности, свободе и выборе. Гештальт-терапия начиналась как ревизия классического психоанализа (Perls, 1969; Polster, 1975). Она быстро стала целостной и автономной системой, интегрирующей мудрость из различных источников в единую клиническую методологию (Perls, Hefferline и Goodman, 1951). Ее популярность в прошлом ошибочно приписывалась почти единолично Фрицу Перлзу. Однако, не вся гештальт-терапия — это Перлз (Dublin, 1976; Dolliver, 1981). На нее оказали мощное влияние другие (Laura Perls, 1976; Erv и Miriam Polster, 1976; James Simkin, 1976; Joseph Zinker, 1977). Только держа в уме этих других, можно исследовать исторические корни и влияние гештальта.

Гештальт-терапия связана с гештальт-психологией Берлинской школы (Wertheimer, Kohler, Koffka), и обе они являются формами феноменологической теории поля. Главная их характеристика — тотальное непосредственное переживание, здесь и сейчас, а интроспекция обычно рассматривается как источник предубеж-

дений. Переживание, в этой схеме, должно дифференцироваться от допущений или умозаключений. Осознание используется для достижения основного инсайта в основное состояние поля. Интеллектуализация и рационализация считаются в первую очередь защитами и сопротивлением, которое должно быть рассмотрено и исследовано терапевтом.

Ранние эксперименты гештальт-психологов показали, что существует врожденная тенденция организма организовывать восприятие упорядоченным образом, и полностью завершенная конфигурация получила название *завершенный гештальт*. Незаконченные дела, которые продолжают беспокоить и присутствовать в памяти индивида, позже были названы *незавершенными гештальтами*. Было постулировано, что такие незавершенные гештальты должны быть вновь пережиты и завершены, иначе они останутся фигурой и исказят переживания настоящего, мешая процессу ассимиляции, который требуется для того, чтобы завершенное переживание могло стать частью фона.

Изменения происходят посредством усиленного переживания, и тревога часто рассматривается как сигнал об источнике дискомфорта, который должен быть пережит и завершен. Причиной невроза являются тупики, которые приводят к фиксации и искажению переживаний в настоящем. Индивиды, застрявшие в тупике, не осознают себя и сомневаются в собственных способностях, что позже останавливает спонтанный поток осознания. Помехи осознанию приводят к сужению и сдавлению границ Я, что, в свою очередь приводит к недостаточной отделенности или чрезмерной зависимости от окружения. Цель терапии зачастую состоит в расширении границ Я и в повышении текучести осознания, чтобы фигуры свободно сменяли одна другую, позволяя индивиду быть в полном контакте с окружением. Границы Я расширяются в первую очередь в процессе контакта.

Эксперимент — ключ к гештальт-терапии и попытка «проработать» тупик. Поскольку мышление считается главной защитой против ассимиляции, гештальт-терапия часто прибегает к методу действия для повышения осознания и усиления контакта. Фриц Перлз расширил теорию телесного панциря и структуры характера Вильгельма Райха, обеспечив гештальт-теоретиков способом обходить когнитивные защиты, делая акцент на соматических защитах и зажимах. Психодраматические техники Морено послужили

ли прототипом для развития метода действия, типа диалога двух стульев, предписания и управляемых фантазий, которые облегчают и повышают осознание, необходимое для контакта. Таким образом расширяются границы Я, и тупики могут быть проработаны с большей легкостью. Нужно помнить, что постулатом гештальт-терапии является то, что природа человека организована в виде паттернов и целостностей. Однако, как продемонстрировали Полстеры (1976) и Келли (Kelly, 1955), каждое понятие подразумевает свою противоположность; наш разум и чувства постоянно реагируют на двойственность в нашем окружении. Гештальт-терапия в своей лечебной философии повторяет Гегелевскую — тезис, антитезис и синтез.

Таким образом, резюмируя, гештальт-терапия, как ни одна терапия до нее, подчеркивала и развивала теорию оптимального человеческого функционирования. В определенном смысле, это система убеждений, которая описывает, как индивид может жить полно и свободно от одного момента к другому, автономный и независимый.

Гештальт-теория и влияние Фрица Перлза также очевидно в терапии нового решения. Боб Гулдинг (половина команды, породившей этот теоретический подход) долгое время работал с Фрицем Перлзом. Гулдинги фактически инкорпорировали гештальт-теорию (или, по крайней мере, гештальт-техники) в свою модель Нового Решения. Гулдинги также подчеркивали ответственность, свободу, выбор и настоящее. В отличие от терапии чистых гештальтистов, терапия Гулдингов имеет сильный когнитивный компонент, который был привнесен из отношений Боба с Эриком Берном (1961). Берн развивал бихевиоральную теорию, которая должна была помочь объяснить природу человека. Он был ученым, и интересовался тем, как можно объяснить, предсказать и контролировать и поведение, и чувства. Его подход был в первую очередь когнитивным, а уже потом психоаналитическим. Однако, он тоже был обучен Фрейдовской психологии и испытал ее сильное влияние. Состояния, которые принимает его эго (Родитель, Взрослый и Ребенок) — просто замена Фрейдовских Эго, Ид и Суперэго. Однако, транзактный анализ — это гораздо больше, чем эго-состояния. Он развился в теорию, которая гораздо сильнее фокусируется на решении и выборе, чем какая-либо теория до него.

Наблюдатели скоро поняли, что Гулдинги упорствуют в своем решении добиться изменений. Они настаивали на коротких, двадцатиминутных отрезках времени, и доказали, что люди могут изменяться в течение одной сессии. Они являются радикальными экзистенциалистами в том смысле, что они настаивают на том, чтобы люди признали свою полную ответственность за то, как они думают, ведут себя, действуют и чувствуют. Следовательно, люди должны понять, что они — единственные, кто обладает властью привести изменения в свою жизнь.

Гулдинги исходили из простой, но эффективной модели, которая использует три принципа интервенции: (1) работа над контрактом; (2) работа по прояснению тупика; и (3) работа над новым решением. Однако, в терапии Гулдингов происходит гораздо больше, и я отсылаю заинтересованного читателя за кратким описанием мастерской Гулдингов к прекрасному анализу Джона МакНила (John McNeel, 1977) семи компонентов терапии нового решения.

Когда мы чувствуем себя плохо, по мнению Гулдингов, мы часто делаем одну из трех вещей: мы находимся в другом месте, другом времени или где-нибудь еще, застряв в фантазии или в «игре». Игра и фантазия для Гулдингов чрезвычайно важны, поскольку без них у «рэкета» и плохих чувств нет возможности сохраняться. Такие рэкетные чувства часто могут быть прослежены до ранних решений, принятых в детстве, и здесь Гулдинги внесли свой уникальный и важный теоретический вклад. Согласно теории транзактного анализа, решения, даже забытые (неважно, насколько сильно они внушались ранним родительским программированием, или насколько необходимы они были для выживания в детстве), очень сильно определяют наше Я. С другой стороны, они до некоторой степени обратимы. Каждый из нас, в соответствии с этой схемой, принял в детстве необходимые ранние решения, чтобы выжить в том мире, каким мы его переживали тогда. Однако, хотя эти ранние решения служили для выживания в то время, когда были приняты, они и сейчас остаются вне нашего осознания, на бессознательном уровне, и часто вносят свой вклад в проблемы, которые мы сейчас переживаем. Следовательно, ошибочные решения, принятые на основании неадекватной информации на примитивном уровне, должны быть осознаны, пересмотрены, если это необходимо, и заменены *новыми решениями*, базирующимися на реальных фактах.

Гениальность Гулдингов заключается в прагматической эффективности их модели принятия нового решения и изменения. Ныне классическое исследование эффективности лечения (Libermann, Yalom и Miles, 1973) ясно показало, что Боб Гулдинг — самый результативный терапевт из всех, кто участвовал в данном исследовательском проекте. Его эффективность частично детерминировалась двумя факторами. Во-первых, словами Либермана, Ялома и Майлса, он являлся умеренным аффективным стимулятором, то есть обеспечивал достаточное возбуждение участников группы, но не подавлял их своими интервенциями и конфронтациями. Во-вторых, путем интегративного использования когнитивных (трансактный анализ) и катарсиса (гештальт), он мог соединить два критических компонента эффективного изменения. Исследование продемонстрировало, что одного только инсайта недостаточно для изменения поведения. Пока его не будет сопровождать эмоциональное возбуждение, долгожданные перемены не наступят.

В последнее десятилетие модель терапии, представленная Перлзом, Полстером и Гулдингами, шагнула вперед в своем развитии и завоевала популярность у практиков. Кроме психодрамы (Морено, 1971), существующей почти так же долго, как Фрейдизм, и являющейся бабушкой индивидуально ориентированного подхода к групповому лечению, существует еще интеграция схожих, но разноречивых теорий в общий формат, который обычно называют регрессивной терапией, или интенсивной экспрессивной психотерапией (ИЭП). В период возобновления энтузиазма по поводу этого подхода к лечению аддикций, часть восторга сошла на нет из-за его тенденции производить каузальности (см. Главу 15). Однако, она по-прежнему широко используется в различных лечебных программах и многими терапевтами по всей стране.

Популярность ИЭП возродилась после того, как она была применена в национальном масштабе различными лечебными программами в качестве терапевтической модальности для созависимости и Взрослых Детей Алкоголиков (ВДА). Однако, она постепенно превратилась и в метод выбора для аддиктов и алкоголиков, которые не отреагировали на более традиционные формы лечения и двенадцатишаговые программы. Существовала надежда, что этот подход может помочь тем из аддиктов и алкоголиков, кто перенес множество срывов и не был способен поддерживать трезвость сколько-нибудь продолжительное время, не-

смотря на то, что прилежно и истово работал по шагам. В конце концов, модель ИЭП применялась с некоторым успехом и к жертвам сексуального злоупотребления, пациентам, страдающим расстройствами пищевого поведения и многими формами диссоциативных нарушений, особенно посттравматическим стрессовым расстройством. Было обнаружено, что в некоторых случаях этот метод был полезен для чрезмерно контролирующих и эмоционально зажатых пациентов, которым не помогли ни медикаменты, ни более традиционные формы «разговорной терапии». Приверженцы этого подхода считают, что единственным противопоказанием для ИЭП является умственное расстройство (шизофрения) или острый психоз.

Персонал лечебных программ был мотивирован к использованию данной модели, потому что они пытались найти способы быстро воздействовать на химически зависимого пациента на эмоциональном уровне, в то время как многие из этих лиц были полностью лишены контакта со своими чувствами и сопротивлялись любым менее вызывающим методам терапии. Конечно, фрустрация от взаимодействия с характерологическими защитами и особенностями личности, обычными для этого контингента, толкает к поиску альтернативных и более эффективных методов лечения. Хотя фрустрация при попытках лечить патологию характера не ограничивается случаями аддикции, два этих расстройства часто идут рука об руку. Практики давно ищут способы воздействовать на таких пациентов и эффективно лечить их. Луис Ормонт (Louis Ormont, 1992) называет таких индивидов страдающими от преэдипальных конфликтов. Он утверждает, что они представляют собой особую проблему, поскольку их трудности возникли до того, как они научились эффективно пользоваться словами. В результате, они склонны к тому, чтобы действовать или реагировать эмоционально, а не говорить. Они обычно не реагируют на интерпретации. Ормонт утверждает, что на них следует воздействовать через чувства и действия. Следовательно, есть основания считать, что ИЭП, с ее акцентом скорее на действиях, а не на словах, может иметь для этих пациентов больший терапевтический эффект, чем другие методы.

Преэдипальную личность в общем можно понимать как человека, развитие которого было остановлено до того, как он научился выражать свои мысли словами. Поскольку личность формирует-

ся до того, как ребенок достигает достаточной силы эго, взрослому, поступающему на лечение, трудно или даже невозможно выразить словами свои конфликты, трудности или чувства. Раннее происхождение нарушения подразумевает, что трудности развились большей частью или полностью до того, как ребенок мог найти хотя бы рудиментарные языковые средства для самовыражения или когнитивно понять смысл своих переживаний. Базируясь на таких объяснениях проблемы, ИЭП-терапевты считают, что при работе с такими пациентами бесполезно использовать слова или интерпретации как терапевтические техники. Инсайт или научение невозможны или не имеют никаких последствий. Аффект — необходимое первое требование для того, чтобы произошло изменение. ИЭП-терапевты также уверены, что один из наиболее часто используемых инструментов для лечения аддикции — конфронтация — мало полезна, поскольку такие индивиды обычно не могут переживать свою внутреннюю сущность, истинное Я. Вот почему некоторые стратегии, предлагаемые Джоном Брэдшоу (John Bradshaw, 1993) были, по общему убеждению, чрезвычайно ценными. ИЭП-терапевты старались достичь того, что Брэдшоу и другие называли «внутренним ребенком», чувства и эмоции которого были либо диссоциированы, либо «заморожены во времени», когда произошла изначальная травма. ИЭП использует техники, которые призваны помочь разрушить или растворить диссоциативные барьеры, освобождая замороженные эмоции, что, предположительно, поможет преэдиальному пациенту получить опыт своего «истинного Я», или «внутреннего ребенка».

Хотя ИЭП впервые появилась как новая техника для неопытных групповых терапевтов, принципы, которые лежат в ее основе, имеют долгую историю и традиции. Одна из главных тем ИЭП-подхода — то, что они обычно применяют в группе — это психотерапия, «ориентированная на действия». ИЭП лучше всего можно описать как рыхло организованную совокупность техник и прикладных методик, основанных на теоретическом принципе, который вместо «всего лишь» обсуждения индивидами своих чувств, мыслей или прошлых событий использует методы, помогающие им получить опыт переживания своих мыслей и чувств «здесь и сейчас» в группе, что для них гораздо более полезно. Участников направляют и поощряют к выражению своих переживаний поведенчески и эмоционально.

ИЭП часто критикуют как набор техник, не подкрепленный теорией. Хотя это, в общем-то, частично и правда, но все же это не совсем справедливая оценка. Многие теоретические принципы восходят к психодинамической теории Фрейда с ее понятиями катарсиса, отреагирования и коррективного эмоционального опыта. ИЭП, в первую очередь, интересуется эмоциями пациентов и их выражением. ИЭП-терапевт скорее дает пациенту пережить свои эмоции и дать им выражение, чем слушает, что тот думает, или как он анализирует и интеллектуализирует свои чувства.

Важная часть наследия ИЭП связана с «ориентированной на действия» психотерапией. Ее корни тянутся в 1930-е, когда Джекоб Л. Морено обнаружил, что гораздо полезнее дать пациентам разыграть свои конфликты и затруднения психодраматически, чем выслушивать, что они об этом говорят. Морено называл этот подход «Театром спонтанности». Спустя годы его ранние теории были развиты другими людьми (Фрицем Перлзом в гештальте, Бобом и Мэри Гулдингами в терапии нового решения, Александром Лоуэном в биоэнергетике, Элом Пессо в психомоторе), которые смотрели на интеллектуализацию, рационализацию и изоляцию аффекта как на главные препятствия, которые должны быть преодолены, чтобы пациент смог «проработать» свои неразрешенные травмы и тупики.

В течение последующих десятилетий эти теории были подвергнуты синтезу и консолидированы в широкую совокупность знаний, которая рассматривает выражение эмоций и высвобождение запертых или заблокированных чувств как главную цель психотерапии. Одного интеллектуального понимания и инсайта обычно бывает недостаточно, чтобы освободить человека от инвалидизирующей его тревоги, депрессии, повторяющегося саморазрушительного поведения и аддикции. Для достижения этого результата были разработаны специальные техники, которые, по широко распространенному мнению, лучше всего работают в условиях группы. Группа обеспечивает необходимый баланс стимуляции, поддержки и идентификации, чтобы помочь пациенту проработать чувства страха, стыда и изоляции, которые всегда сопровождают эти состояния и нуждаются в последовательной терапевтической работе.

Группы межличностного научения и изменения

Группы межличностного научения ведут свое происхождение от ныне классического тренинга сензитивности, или Т-групп. В настоящее время этот групповой подход был определен и отнесен Сингером в категорию интеракционной групповой психотерапии; данное направление в основном ассоциируется с Ирвином Яломом (1985). Целью этого подхода является помощь участникам группы в понимании воздействия, которое их поведение оказывает на других, и как поведение других, в свою очередь, влияет на них. Чувства и выражения эмоций исследуют в убеждении, что они играют существенную роль в мотивации, коммуникации и поведении. Таким образом, главной обучающей задачей в Т-группах является внимание к происходящему в них межличностному взаимодействию.

Рис. 2.5



4) Интеракционная групповая психотерапия. Т-группы и Модель Ялома

Ялом впервые добавил варианты к этому подходу, используя размораживание поведения как еще один способ поощрения дополнительных изменений участников группы. Задача ведущего

— быть ролевой моделью, дающей обратную связь без оценки поведения участников. Переживания подтверждаются под руководством ведущего, что позволяет людям в группе достигать согласия с другими, и дает им возможность понять, как их поведение и действия влияют на других. Ялом считал, что научение и изменение неразделимы, и одно не может происходить без другого.

Взгляды Ялома на изменение и научение приобретают дополнительную важность, когда речь идет о работе с химически зависимыми лицами. Любой групповой ведущий, который контактировал с двенадцатишаговыми группами на долгосрочной основе, знает, что химически зависимый человек может допить себя до смерти, пока специалисты исследуют причины того, почему он пьет. Подход, который фокусируется только на инсайте, самопонимании и научении, на ранней стадии лечения и выздоровления обычно оказывает непродолжительный благотворный эффект.

Модель Ялома и интерперсональный подход будет подробно обсуждаться в Главах 4 и 5. Сейчас будет важно знать, что этот подход — один из тех, где межличностное взаимодействие членов группы является важнейшей частью лечения. Группе как целому или интрапсихической динамике уделяется мало внимания. Ялом подчеркивает соблюдение баланса между когнитивной и эмоциональной составляющими, чтобы члены группы имели возможность как понимать что-то о себе, так и менять свое поведение. Когда группа служит социальным микрокосмом, у ее участников есть шанс научиться чему-то в отношениях с другими и попрактиковаться в новом поведении, взаимодействуя с ними. Если они смогут делать это в группе, то новое поведение станет возможно генерализовать и на «реальный» внешний мир.

Групповой процесс в психодинамических группах

Последняя модель, которая будет здесь представлена, выбрана как завершающая именно потому, что данный подход используется наиболее широко и покоится на самой солидной теоретической базе. Благодаря глубокой разработанности своего фундамента, он позволяет легко инкорпорировать остальные три модели и интегрировать аффект, изменение, инсайт и научение. Как скоро станет ясно из обзора, психодинамический подход к групповой терапии имеет широкий спектр влияния и множество интерпретаций того, какие потребности акцентируются при его применении.

То, что сейчас называют психодинамической групповой психотерапией, развилось из общей модели группового лечения, которая признает существование трех главных сил, постоянно действующих в терапевтической группе: интрапсихические, или индивидуальные динамики, межличностные динамики, или система, и динамики группы как целого. Задача ведущего в рамках этого подхода — интегрировать все компоненты в связный, текущий и взаимодополняющий поток, постоянно помня, что существует избыток переменных (стадия группового развития, сила эго каждого участника, популяция, к которой они принадлежат, индивидуальные сопротивления, действующие в согласии с групповым сопротивлением, индукция групповых ролей, и т.п.), которые влияют на то, какой тип интервенций (групповой, индивидуальный или межличностный) должен преобладать в данной группе в данный момент. Опытный ведущий психодинамических групп также знает, что уровень интервенции, который он в данный момент выбрал, оказывает влияние и на другие два уровня. Также он хорошо осознает, что излишняя концентрация на одном из уровней вмешательства ценой оставшихся двух уменьшает степень воздействия и лечебный эффект. Уровень интервенций, приоритетный в психодинамически ориентированной группе, частично определяется теоретической ориентацией терапевта, а частично его образованием, опытом и личностью. Вследствие этого, очень редко можно встретить двух психодинамически ориентированных ведущих, которые пишут на эту тему или ведут группы совершенно одинаково.

В определенной таким образом области психодинамической процесс-ориентированной групповой психотерапии существует большое количество разнообразных вариаций. Обучающийся ей вскоре понимает, что способ, которым учит групповой психотерапии Вилфред Бион (Wilfred Bion, 1961), сильно отличается от других известных авторитетов, таких как Александр Вульф (Alexander Wolfe) и Эрнест Шварц (Ernest Schwartz, 1962). Эти теоретики, в свою очередь, очень отличны в своих подходах к терапии от того, что носит название психодинамического группового процесса и представлено такими именами, как Хелен Даркин (Helen Durkin, 1964), Хенриетт Глацтер (Henriette Glatzter, 1969), Энн Алонсо (Anne Alonso, 1985), Скотт Рутан и Уолтер Стоун (Scott Rutan и Walter Stone, 1993), и Луис Ормонт (Louis Ormont, 1992).

Так или иначе, прежде чем начать улавливать тонкости и различия между этими подходами к групповой психотерапии, нужно понять, что все они основываются на психодинамической теории Фрейда. Вклад Зигмунда Фрейда (1921) в групповую психологию невозможно игнорировать. Любая заметная школа групповой психотерапии испытала прямое или не прямое влияние его идей. Фриц Перлз в гештальте, Эрик Берн в транзактном анализе, Морено в психодраме, Гарри Стэк Салливан со своей интерперсональной теорией личности последовательно влияли на Ирвина Ялома, так же как каждый процессуально ориентированный групповой психотерапевт от Вилфреда Биона до Александра Вульфа основывали свои воззрения на Фрейдовской психологии.

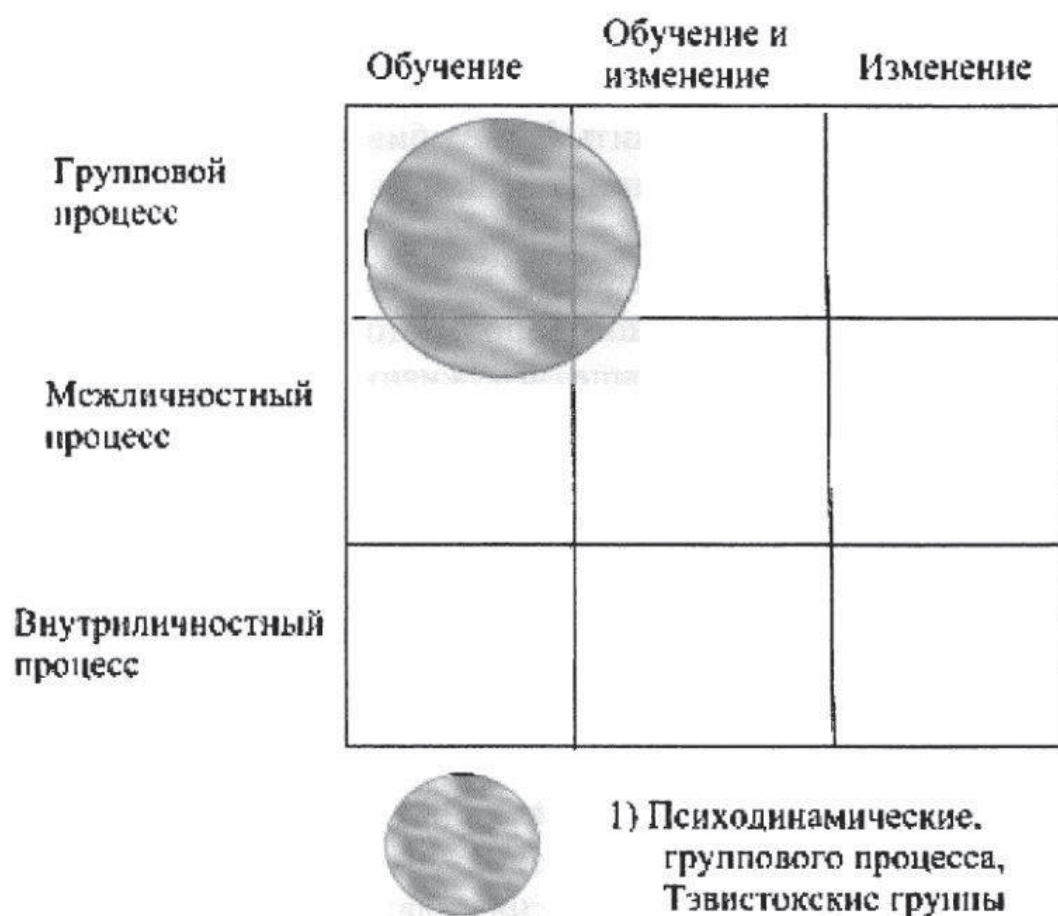
До того, как начать описывать сходства и различия между этими школами групповой психотерапии, следует кратко изложить Фрейдовские ранние работы по этому вопросу. Замечание Фрейда о регрессии в группах — главная часть понимания динамики любой группы — отражает его самый важный вклад в групповую психологию. Фрейд придерживался непоколебимого убеждения, что групповой или стадный инстинкт безумен, примитивен и, в конечном счете, деструктивен. Члены группы будут постоянно, хотя часто бессознательно, стараться определить, как им выживать во вновь сформированной группе. Для этого индивиды в чуждых условиях группы будут вынуждены иметь дело с примитивными эмоциями типа агрессии, страха, гнева и тревоги, потому что они обречены регрессивно реагировать на базовую ситуацию выживания. Фрейд, более чем кто-нибудь до него, защищал индивида от непреодолимых сил стадного чувства, и считал каждого индивида борющимся с давлением общества, вынуждающим его соответствовать групповым нормам. Между индивидом (которого Фрейд защищал) и обществом (или стадным инстинктом, вызывающим у Фрейда ужас и отвращение) всегда существует конфликт. Фрейд считал группу источником заразительного снижения сознательности, что приводит к отрицанию каждым участником своей индивидуальности при попадании в группу. Члены группы жаждут послушания и испытывают потребность в конформности; они зависят от сильного ведущего. Таким образом, они сдают этому бессознательному влечению и проецируют свой эго-идеал на ведущего. Групповой идеал вследствие этого персонифицируется ведущим, который, в свою очередь, подменяет эго-идеал каж-

дого участника группы. У группы существует потребность сделать лидера большим, чем жизнь. Хотя члены группы хотят, чтобы их ведущий был более великим, чем он есть на самом деле, поскольку вера в это обеспечивает им защиту, они вдобавок мечтают и о том, чтобы развенчать и разрушить его. Амбивалентность участников относится к более примитивным стадиям их развития и отражена во Фрейдовском мифе о первобытной орде (где братья обрезают кровные узы после убийства отца). Члены группы затем попытаются создать мифического героя, который, как они надеются, выполнит задачу стать больше, чем жизнь, в убеждении, что это защитит их от вины и тревоги, которые сопровождают их индивидуальность и обычно ассоциируются с ответственностью, неотделимой от свободы выбора. Вся жизнь, по Фрейду, является борьбой с амбивалентностью, берущей начало в дуализме взглядов индивида — в желании победить авторитет и жажде обрести безопасность, идентифицировавшись с групповым разумом. Отрицание каждым членом группы своей индивидуальности ведет, в конечном счете, к патологии личности, которая поэтому рассматривается как побочный результат коллективных сил, стадного инстинкта и социального давления.

Самый важный аспект вклада Фрейда в групповую психотерапию — та важность, которую он придавал регрессии в группах. Регрессия — наиболее важный и первичный феномен любой группы. Если ведущий не признает важности регрессии и последствий, которые она имеет для безопасности и доверия химически зависимых участников, он имеет мало шансов сделать групповой опыт полезным для их лечения. Значение доверия, безопасности и сплоченности в группе будет обсуждаться в Главе 15, вместе с исследованием лечебных факторов Ялома в приложении к групповой психотерапии аддиктов и алкоголиков. Сейчас будут исследованы различные теоретические точки зрения, касающиеся психодинамически ориентированных групп.

Обращение к группе как целому лучше всего представлено малыми группами Тэвистокского типа, или учебными группами (Bion, 1961; Rice, 1965). В строгом Тэвистокском подходе групповой процесс имеет единую обучающую задачу, которая фокусируется на уровне группового представления, особенно вокруг вопросов авторитета и скрытых процессов. Второй акцент, если таковой есть, делается на межличностном феномене. (см. Рис. 2.6).

Рис. 2.6



Интерпретация и интервенция фокусируются на феноменах, происходящих «здесь и сейчас» с группой как системой, и главными инструментами ведущего являются строгое соблюдение границ времени, ролей и задач. Акцент ставится на авторитетных отношениях и реакциях на лидерство участников группы. Чувства в группе обычно сфокусированы прежде всего на ведущем, и только потом на других участниках. Такие группы обычно сложно вести, и многие Тэвистокские ведущие допускают, что строго Тэвистокская группа не является психотерапевтической, и никогда не задумывалась как таковая. (Kline, 1983). Тэвистокские группы служат для обучения участников тому, как они реагируют на авторитеты и стрессовые двусмысленные ситуации. Каждый выздоравливающий алкоголик или аддикт, являющийся активным участником АА, АН или АК, может однозначно ответить на эти вопросы. Химически зависимая личность обычно испытывает крайние затруднения в обеих этих областях жизни. Следовательно, такой групповой подход к начавшим выздоравливать алкоголикам и аддиктам

только увеличит их проблемы вместо того, чтобы помочь им заняться своей абстиненцией.

Вилфред Бион (1961) — теоретик, наиболее близкий к Тэвистокскому подходу. Модель Биона не принимает в расчёт личность в группе и доходит до утверждения, что, если ведущий обращается к индивидуальным проблемам в групповом формате, то он вступает в сговор с членами группы в их попытке избежать групповой работы, позволяя им переместить фокус с главных групповых проблем. С точки зрения этого подхода, когда индивидуумы собираются вместе, они регрессируют до группового разума. Бион предпочитает видеть группу как совокупность личностей в состоянии регрессии. Участники группы будут пытаться сопротивляться возникновению психотических и невротических проявлений, используя три основных допущения (т.е., борьба–бегство, зависимость и спаривание). Эти допущения будут исследованы более детально в Главе 14. Сейчас достаточно сказать, что Бион считает эти допущения формой группового сопротивления, которое необходимо интерпретировать и заниматься им. Личность нельзя лечить в группе, и единственной возможной целью лечения, с точки зрения Биона, является обычно разделяемая всей группой тревожность и защиты, устанавливаемые против неё.

В последние несколько лет Агазарян (Agazarian, 1992) выработала свое уникальное применение подхода к группе как целому. Она использовала многие принципы общей теории систем (ОТС) и применила их к групповой терапии. Она придерживается мнения, как и большинство практиков ОТС, что все системы обладают общей фундаментальной структурой, и из-за их *изоморфизма* вы не можете помочь иначе, чем изменив одну часть системы, осуществив вмешательство на другом уровне этой же системы. С точки зрения Агазарян, в группе всегда действуют три системы. Это система группы как целого, подсистема (двое или больше членов группы) внутри большей системы, и индивид, имеющий свою собственную внутреннюю систему объектных и я-объектных репрезентаций. Такая трехъярусная групповая система оперирует в большем контексте четвертой системы, которая может быть стационаром или другой организацией, проводящей лечение. Каждая часть системы влияет на три остальные.

Эта модель относительно нова и Агазарян разрабатывала свою теорию по мере накопления опыта и информации. Сначала она от-

стаивала взаимодействие на уровне сверхсистемы (группы как целого) и рекомендовала ведущему лишь постепенно спускаться на уровень системы. В последние годы она больше использует подсистемы в своем лечении. Как и большинство системных теоретиков, она верит, что индивид в группе *никогда* не говорит от себя и *всегда* озвучивает общегрупповое напряжение. Регрессивная тяга сверхсистемы (группы как целого) взаимодействует с личностными динамиками участника, а они, в свою очередь, будут побуждать его играть ту роль, которую он играл в семье или в жизни. Следовательно, посредством регрессивного давления групповых динамик, личностные динамики каждого участника воспроизведутся в группе в виде навязчивого повторения.

Общая теория систем обращает очень большое внимание на роли, которые участники принимают в группе. С системной точки зрения, противоположные позиции и взгляды должны быть артикулированы в группе по крайней мере одним участником, поскольку теория гласит, что каждое действие в системе порождает реакцию. Например, если существует регрессивное давление в направлении группового консенсуса по поводу того, что в группе нет агрессии и враждебности, и если это отрицание реальности принимает форму заявления типа «Это самая безопасная из всех групп, и никто не может быть обижен в ней», то должен появиться девиантный голос с другой стороны континуума, говорящий «Я не чувствую себя здесь в безопасности». Наличие людей, озвучивающих противоположные полюса проблемы, не только обозначает границы группового опыта, оно также обеспечивает тестирование реальности. Использование Агазарян подгрупп для того, чтобы озвучить противоположные позиции, мотивировано осознанием того, что одному человеку часто бывает слишком трудно или страшно принять на себя девиантную роль в группе. Зачастую персона, говорящая правду, которую семья или группа не хочет слышать, становится козлом отпущения. Агазарян понимает, что именно регрессивное давление группы располагает участников в соответствии с ролями, и что козел отпущения и идентифицированный пациент — две наиболее часто используемые роли. Если остальная часть группы может проводить время либо нападая на одного участника, вмещающего в себя все плохое (козел отпущения), либо помогая кому-то, олицетворяющему все больное (идентифицированный пациент), то им не нужно делать что-то с самими собой.

Агазарян считает психопатологию по большей части результатом желания людей отщеплять или отрицать негативные аспекты самих себя, что проявляется в проецировании этих отторгнутых частей на других. Юнг описал бы это как неудачу в узнавании и присвоении своей темной стороны, или как нежелание это делать. То, что отрицается, остается скрытым, влияя на действия бессознательным образом. Тесно связана с этим защитным процессом и тенденция людей придерживаться позиции все-или-ничего. Аддикты и алкоголики всем известны с этой стороны, и двенадцатишаговые программы называют это тенденцией к «черно-белому мышлению». Такая ригидная позиция служит защитой от тревоги. Помещение человека или ситуации в рамки определенной категории, типа «хорошего» или «плохого», снижает неопределенность и делает мир с виду более предсказуемым и безопасным. Конечно, это происходит ценой отрицания реальности и постоянной потребности в ком-то, кто вмещает в себя все плохое или все хорошее. Агазарян вынуждает свои группы обращаться к двусмысленности, неизбежной в жизни, настаивая на том, чтобы участники фокусировались на противоположностях и разделялись внутри группы. Она хочет, чтобы каждый человек обжил амбивалентность своего актуального существования. Она хочет, чтобы это было проработано без отрицания и не отыгрывалось в виде навязчивого повторения.

Ее предпосылка состоит в том, что, если ведущий фокусирует внимание на сверхсистеме группы, то развивающиеся динамики, присущие этой или любой другой системе, породят тревогу и конфликт, который вынудит индивидов, составляющих систему, признать и проработать свои индивидуальные различия. Другими словами, индивидуальные динамики каждого участника столкнутся с групповыми динамиками. Все эти проблемы прорабатываются и преодолеваются на групповом уровне. Благодаря процессам изоморфизма, или осмоса, различия будут контейнированы подгруппами и, в конце концов, интегрированы и усвоены индивидуальными членами системы. Большинство индивидов слишком защищены от некомфортной тревоги или агрессии, и имеют разные уровни толерантности и осознания этих чувств. Группа обеспечивает своим членам поддерживающую среду и составное «групповое эго» (составленное из наблюдающих эго всех участников), которое повышает гибкость и доступность ресурсов, потому что каждый вносит вклад в наблюдение или чувство. Следова-

тельно, это увеличивает наблюдения и осознание всех участников. Вся система и ее подсистемы служат контейнерами для чувств и мыслей членов группы, давая возможность модулировать и интегрировать их. Подобно диалектическому процессу (тезис, антитезис, синтез), системный подход позволяет пережить и сделать переносимыми расщепления и противоположности. Задача ведущего — усиливать коммуникацию между границами расщепления. То, как группа коммуницирует, гораздо важнее, чем то, о чем идет речь. Эти стратегии открывают границы для усиления коммуникации и развития лучшего понимания тех аспектов себя, которые отделены внутренней стеной.

В ярком контрасте с позициями Биона и Агазарян, Вульф и Шварц (1962) считают группу и групповой процесс метафорами, иллюзией, которой не существует. Вульф сатирически советовал ведущим группы всегда помнить, что «на лечение приходят личности, а не группы». К этому он добавляет проницательное критическое замечание: «групповые динамики никогда и никого не вылечили». Для ведущего адресовать интерпретацию группе — лишь помогать в создании иллюзии группового сознания. Вульф предостерегает ведущего от подкрепления такого убеждения, так как группы пытаются сделать всех участников похожими. Группы заставляют каждого своего члена регрессировать и вести себя так же, как доминирующий участник. Групповое эго — это мистика, артефакт, проистекающий из группового конформизма, давления и идентификации. Этой тенденции продуцирования общего группового сознания, согласно Вульфу и Шварцу, должен быть брошен вызов, ибо она усиливает иллюзию, поощряет регрессию и угодливость, минимизируя индивидуацию участников группы. Вместо этого акцент в группе должен быть сделан на отдельности ее участников, индивидуальности и трансферентных искажениях. Из-за того, что обстановка группы позволяет личным конфликтам проявиться в отношениях с другими участниками, ведущий получает больше материала для работы, чем возможно при индивидуальной психотерапии. Индивидуальная терапия в группе редуцирует интенсивность переноса, существующего в индивидуальном сеттинге, позволяя индивиду получить больше пользы от лечения.

Даркин (1964) и Глацтер (1969), в свою очередь, отстаивают комбинацию интраперсонального и группового процессов. Корни их убеждений уходят в Британскую школу эго-психологии, и они

видят первостепенную задачу ведущего в рассмотрении и анализе черт и защит эго в условиях группы. В своей схеме они сосредотачиваются на оценке развития эго в убеждении, что анализ будет направлен на неадаптивные компромиссы, на которые эго вынуждено было пойти для того, чтобы выжить в стрессовой и дисфункциональной ситуации. Психопатология есть часть продолжающегося процесса — попыток эго справиться с ситуацией, и именно в трансферентных искажениях проявятся эти неадаптивные усилия. Группа предоставляет большее количество источников переносных искажений, и у ведущего есть легко доступная лаборатория, позволяющая видеть, как отдельные участники отыгрывают свою патологию. Это гораздо лучше, чем обсуждать ее с ними в абстрактной форме. Целью группы, по Даркин и Глацгер, является анализ этих трансферентных сопротивлений и показ каждому участнику того, как его прошлое продолжает воздействовать на его настоящее функционирование.

Групповое окружение также позволяет ведущему более эффективно обращаться с эго-синтонными защитами. Эго-дистонная защита отличается от эго-синтонной тем, что последняя представляет собой защитную позу, более укорененную и характерологическую по своей природе. Подобная защитная позиция обычно вызывает мало озабоченности у своего обладателя. В противоположность этому, лица с эго-дистонной защитой испытывают некоторые внутренние затруднения. Именно защитный стиль алкоголиков и аддиктов (т.е. нарциссическое отыгрывание, аддикция и т.п.) причиняет другим наибольшие неприятности, и часто приводит таких индивидов к лечению по настоянию рассерженного начальника, несчастной супруги и фрустрированных значимых других. Условия группы, благодаря трансферентным искажениям и конфронтации других участников, позволяют эго-синтонным защитам стать эго-дистонными, таким образом, сильнее мотивируя индивида к изменению. Зачем еще таким людям меняться, если им лично их поведение приносит мало дискомфорта, и они твердо уверены, что это у других проблемы, если тем трудно иметь с ними дело?

Группа, по модели Даркин и Глацгер, также даёт ведущему возможность избежать как негативного, так и позитивного трансферентного искажения. Чрезмерно податливый пассивно-агрессивный индивидуум, имеющий позитивный перенос на своего индивидуального терапевта, скорее скроет чувство гнева. Участ-

ники группы с большей вероятностью станут доступной мишенью для гнева подобного субъекта. Потребность в поддержке и понимании со стороны членов группы также с большей легкостью будет удовлетворена, так как другим участникам легче, нежели ведущему, спонтанно реагировать поддерживающим образом во взаимодействии друг с другом.

Самый распространенный и исчерпывающий подход к теории психодинамических групп представлен Рутаном и Стоуном (1993). Они смогли инкорпорировать многие аспекты различных теоретических позиций настолько глубоко, что соединили важные элементы точек зрения теории объектных отношений и психологии самости. В следующих главах, посвященных психодинамике аддикции и долгосрочным стратегиям лечения, будут представлены многие положения этого подхода.

Специфическое применение для лечения аддикций

Обзор различных уровней интервенций, доступных в группе, был призван проиллюстрировать преимущества и недостатки каждой модели. Но ключевой вопрос звучит так: какой подход будет лучшим для химически зависимого индивида? К сожалению, на этот вопрос нельзя ответить категорически, потому что существует множество переменных, которые надо учитывать при выборе лучшего стратегического подхода. То, что лучше всего действует с неаддиктивными пациентами, не обязательно сработает с аддиктами. То, что лечение — зависящий от времени процесс (то, что работает на ранних этапах, не обязательно будет полезным позже), должно быть ведущим принципом при работе с аддиктами. Глубинная патология характера, сила эго и даже наркотик выбора должны быть учтены для того, чтобы максимизировать эффективность группового процесса.

При работе с аддиктами важно помнить о соблюдении баланса между аффективным и когнитивным компонентами, научением и изменением, структурой и неопределенностью, индивидом и группой. Ведущий должен постоянно держать в уме, что каждая интервенция должна быть заботливо взвешена с учетом потребности в сохранении абстиненции, и, в то же время, способствовала исследованию себя, раскрытию характерологических паттернов, ослаблению защит и высвобождению подавленных эмоций. Слишком много одного и слишком мало другого повысит вероятность возврата к

употреблению алкоголя или наркотика. Если такое случается, лечение оказывается в сущности неэффективным и прекращается.

Интерперсональный подход, наиболее убедительным и полным примером которого является интеракционная модель Ялома — это метод группового лечения, который с наибольшей вероятностью охватит все разнообразие соображений, необходимых для того, чтобы эффективнее всего лечить химически зависимых индивидов. Рекомендации Ялома представляют собой легко адаптируемый подход к групповому лечению, так что его модификации могут быть легко приспособлены к потребностям выздоравливающих алкоголиков или аддиктов. Его модель может быть подтянута (более структурирована, чем он указывает в амбулаторных рекомендациях) на ранних стадиях лечения, а затем ослаблена (меньше структуры, как это предполагают более продвинутые теоретические соображения психологии самости и современные аналитические подходы) на более поздних, когда абстиненция укрепилась и опасность срыва уменьшилась.

Чтобы проиллюстрировать некоторые обычные затруднения, которые химически зависимые лица вызывают у ведущего, я представлю здесь несколько виньеток. Первая имеет отношение к обычной ошибке — не делать абстиненцию приоритетом и придерживаться теоретической позиции, что инсайт или научение одни обеспечат все необходимые компоненты успешного лечения.

Боб был прислан на обследование после задержания за вождение в нетрезвом состоянии. Финансово успешный, известный брокер в области недвижимости, он завоевал признание общества своей филантропией и готовностью тратить массу времени и сил на нужды общины. Он также был одаренным теннисистом-любителем. Во время интервью он был очень словоохотлив, открыт и честен, демонстрируя, что шесть лет психоанализа и два года еженедельной амбулаторной психотерапевтической группы помогли ему обрести впечатляющий инсайт относительно себя и своих отношений с другими. Он поведал, что пьянство беспокоит его несколько лет, но когда он озвучивал свое беспокойство, на него обращали мало внимания. Он дважды до этого бросал пить самостоятельно, чтобы «убедиться, что я это могу». Один период абстиненции продолжался шесть месяцев, за которым после-

довал провал в памяти, когда Боб «показал себя полным ослом на общественном мероприятии». Его способность самостоятельно остановиться и мнения врачей, терапевтов и даже его жены, что он не может быть «одним из этих», приводили к тому, что выражаемая им озабоченность не имела никаких последствий. Подходя к концу интервью, терапевт резюмировал доказательства (повторяющиеся провалы в памяти, пьяное вождение, периодические попытки контроля, семейная история алкоголизма, повторяющиеся постыдные эпизоды в состоянии опьянения, потеря контроля, показывающая, что он не может быть уверен, начиная пить, что он не напьется, даже если не имеет такого намерения), которые говорили о том, что он, скорее всего, алкоголик. Боб с облегчением услышал это и сказал, что потратил годы на то, чтобы найти того, кто поймет его переживания. Информированный терапевтом, что собственный диагноз — единственный, который имеет значение, он был направлен на несколько встреч АА на ближайшей неделе, чтобы вернуться на следующий прием и определиться с тем, что он думает и чувствует по поводу своего возможного алкоголизма. Он вернулся на следующую сессию, практически сияя, и сказал: «Я чувствую себя так, как будто вернулся домой. Эти люди мне родные, и я чувствую, что смогу быть родным для них».

Этот пример является иллюстрацией того, что никакое количество научения и инсайта не может остановить прогресс аддикции. Не все аддикты нуждаются в конфронтации, которая агрессивно разрушит их внутреннюю стену отрицания. Как показывает этот случай, иногда аддиктивного индивида следует просто внимательно выслушать и подтвердить его или ее собственный опыт. Ловушки тотального обучающего подхода к лечению могут быть продемонстрированы следующим примером.

Донна, 41 год, разведена, была два раза замужем за алкоголиками и сама зависима от бензодиазепинов, помогающих «успокаивать нервы». Начинала и прекращала психотерапию в течение последних 15 лет. Она никогда не оставалась в терапии дольше полутора лет (трижды в разное время) и никогда не была вне терапии более девяти месяцев. Она обычно выбирает психотерапевтов, которые чрезмерно подчеркива-

ют понимание и инсайт, и завершает лечение, как только терапевт призывает ее вдобавок отказаться от лекарств и изменить своё поведение. На вечеринках она может с готовностью и очень точно рассказывать знакомым причины, по которым у неё сложности в отношениях с мужчинами, и почему её неудачи с собственными детьми похожи на те, которые терпели её родители с ней. Тем не менее, она не изменилась! Она продолжает действовать в вечном саморазрушающем и пораженческом межличностном стиле, который мучает её с юности, будучи способной объяснить и понять причины, которые заставляют её действовать таким образом. Пока её защитная система состоит, в основном, из интеллектуализации, рационализации и изоляции аффекта, она продолжает выбирать психотерапевтов, которые только подпитывают её защитный стиль, и это помогает ей не меняться и предохраняет её от рассмотрения чувств, связанных с её проблемами. Терапия никогда не обращалась к ее аддикции, и это позволяет ей сохранять свой характерологический стиль. Причины постоянного назначения ей бензодиазепинов трудно признать справедливыми. Попытки прекратить их прием привели к замене их алкоголем, чтобы «успокоить нервы». Она оправдывает прием медикаментов предписанием семейного врача, который обеспокоен ее пьянством и убеждает ее принимать вместо алкоголя Валиум. Это напоминает мне замечание Joe Pursh`a: «врачи долгие годы лечили алкоголиков так, как будто их страдания вызваны недостатком Валиума в организме».

Разумеется, действия ведущего группы на другом краю спектра могут также приводить к ограниченному эффекту лечебного подхода, который подчёркивает только изменения и выражение чувств, обесценивая и не поощряя инсайты. Группы «groupies», которые занимаются «открытием себя», часто склонны манипулировать ситуацией групповой терапии ради своей пользы. Мери Гулдинг, сама одарённый групповой психотерапевт, хорошо осознаёт «игры», в которые могут быть вовлечены многие участники групп, и призывает ничего не подозревающих ведущих быть осторожными в использовании вмешательств, затрагивающих только переживания. Мери Гулдинг рассказывает историю одной такой женщины, которая участвовала в её группе (1980).

Женщина, посещающая марафонскую группу выходного дня, начала сессию рассказом о своём горе по ныне покойной матери. Она быстро пустилась в диалог с «пустым стулом», представляющим ее умершую мать, горько плача, и, в конце концов, выражая гнев в виде внезапной вспышки злости на мать за то, что та умерла и оставила её одну. К этому времени большинство участников группы сами были в слезах или по меньшей мере сильно затронуты ее эмоциональными излияниями. Как только ведущий группы ободрил её, предложив закончить «работу» с умершей матерью, женщина печально сказала: «И это последний раз, когда я говорю тебе «прощай», мама!» На это ведущий быстро спросил: «В последний раз?» — «О, да!» воскликнула женщина, «Я сказала «прощай» своей умершей матери в Калифорнии с Фрицем Перлзом в 1960, в 1972 с Эрвом и Мириам Полстер, когда они оба были в Кливленде, и еще с одним терапевтом в Нью-Йорке!».

Этот маленький рассказ иллюстрирует одну из опасностей, которые могут поджидать доверчивого ведущего, со слишком большой готовностью идущему навстречу участнику группы, который охотно выражает драматический и легкодоступный аффект. Однако, более распространённой опасностью в работе с химически зависимыми личностями в группе является возможность быть чрезмерно стимулированными и захлебнуться эмоциями, если ведущий использует формат, поощряющий только выражение аффекта. Вот лишь один из множества подобных случаев, в которых я имел возможность принимать участие (в том числе, в качестве директора) в психодраматической группе в стационарном отделении Госпиталя Управления Ветеранов для химически зависимых ветеранов.

Майк, 32 года, не женат, белый, «вызвался» быть протагонистом в психодраматической группе, которая собиралась раз в неделю, пока пациенты оставались в стационаре для больных с наркотической зависимостью. Майк, тихий и стеснительный мужчина, начал рассказывать о своей возлюбленной, которая погибла в автомобильной катастрофе, произошедшей из-за того, что Майк не вписался в поворот, когда вёл ее машину. Его сложности с вождением автомобиля были связаны с тем, что он в этот момент был в состоянии сильной интоксикации. Мощная и взрывная психодраматическая сцена

была разыграна с помощью вспомогательных альтер-эго, исполняемых поддерживающими участниками группы. В финальной сцене Майк со слезами и с надрывом показал, как он вытолкнул свою мёртвую девушку из автомобиля, отчаянно пытаясь вызвать хоть какой-нибудь ответ из её безжизненного тела, крича и прося прощения. На закрытии сессии два котерапевта и многие участники группы поздравили директора психодрамы с мощным и мастерским направляющим воздействием на Майка во время этих очень драматических событий. К несчастью, на следующее утро при проверке выяснилось, что Майк покинул госпиталь, нарушив медицинское предписание, накануне вечером.

Несомненно, волнение и переполнение сильными чувствами, связанными с долго подавляемыми переживаниями, оказались слишком пугающими и подавляющими для Майка. Я видел слишком частое повторение подобного сценария. Последствия не всегда были одинаковы, но наступали с достаточным постоянством. Из этого можно вынести заключение, что риск чрезмерной стимуляции пациента — слишком большая цена за редкие удаchi подобного подхода к групповой психотерапии химически зависимых лиц.

Совсем недавний опыт в такой же ситуации, но в другом групповом формате, принес гораздо лучшие результаты.

Марта, 31 год, выздоравливающая алкоголичка с тремя годами трезвости, посещала амбулаторную психотерапевтическую группу из-за сложностей в переживании недавней потери (развод с мужем). В начале третьей сессии Марта коротко рассказала о своих чувствах по поводу развода с мужем в настоящее время и о том, что они похожи на чувства по поводу потери друга, погибшего в автомобильной аварии, которая произошла из-за того, что Марта вела машину в нетрезвом состоянии. В тот момент терапевт решил сосредоточиться на чувствах, пробуждённых разводом, и не заниматься чувствами в момент гибели её друга. Это решение было принято из-за того, что ведущий не был уверен в степени поддержки, которую Марта могла получить от участников группы, также как и в силе её эго, учитывая остроту её нынешней стрессовой семейной ситуации. Ведущему группы также требовалось больше времени, чтобы осторожно оценить степень её спо-

способности эффективно обращаться с такими травматичными переживаниями, а также дать ей срок, чтобы достигнуть большего доверия и единства с другими участниками группы. Примерно шесть месяцев спустя она однажды снова упомянула о прошлом событии. Теперь ведущий решил заняться этим более детально. Когда Марта рассказала свою историю вины и размышлений о суициде из-за смерти своего друга, другим участникам группы было предложено отозваться на историю, которой она поделилась. Поскольку группа велась в интеракционном формате, её страх осуждения участниками группы к этому моменту был исследован и, в конечном счёте, признан необоснованным. Поддержка и принятие других членов группы были очень очищающими и освобождающими для Марты, несмотря на то, что случившееся оставалось незабываемым инцидентом в ее жизни. Она вернулась в группу на следующей неделе с заметным улучшением в аффекте, говорила о драматическом изменении, произошедшем в ней, и добавила, что она чувствовала, «как будто груз свалился с её плеч».

Разница между терапевтическими результатами в случаях Марты и Майка иллюстрирует важность решения ведущего о групповом формате, применяемом при лечении аддикции. Хотя один подход может быть более подходящим в другой популяции, я утверждаю, что другой метод, учитывающий особые обстоятельства аддиктивного пациента, может приводить к изменению и научению постоянным, контролируемым и эффективным образом. Это является главной причиной того, почему остальная часть книги будет посвящена описанию интеракционной групповой модели как предпочтительного метода лечения химически зависимых лиц. Особый брэнд Ялома, называемый интеракционной групповой психотерапией, является моделью, которая наилучшим образом служит целям и задачам, которые должны быть поставлены для того, чтобы групповая психотерапия была эффективным инструментом в лечении аддикций.

Хотя в модели Ялома нужно произвести некоторые модификации, важно понять основы подхода прежде, чем вносить какие-либо изменения в него. Глава 4 будет посвящена описанию подхода Ялома к групповой психотерапии. Прежде чем завершить данную

главу, я представлю концептуальную карту (см. Рис. 2.7), чтобы позволить потенциальному ведущему группы увидеть, что возможные варианты выбора, находящиеся перед ним, зависят от задач, целей и фокуса интервенций, которые он намерен совершить, чтобы убедиться в том, что особые потребности участников группы удовлетворяются самым благотворным и продуктивным образом.

Рис. 2.7



Глава 3.

Подготовка химически зависимых пациентов к групповой терапии

Как только установлено, что химически зависимый субъект нуждается в лечении, становится ясно, что в скором времени он попадет в психотерапевтическую группу. Это редко (если вообще когда-либо) подвергается сомнению в области лечения зависимостей. Групповая психотерапия (по причинам, которые не всегда четко артикулируются) является доминирующим типом лечения во всех лечебных программах для аддиктов. Каждый стационар, дневной стационар и программа для выздоравливающих используют групповую психотерапию как неотъемлемую часть своей лечебной схемы. Если не считать двенадцатишаговые программы, то трудно найти другую лечебную модальность, которая используется в лечении аддикций столь же часто. Но, несмотря на это, такому важному вопросу, как подготовка пациентов к вхождению в психотерапевтическую группу, уделяется мало внимания. Это неправильно, потому что вхождение в группу — достаточно трудная процедура, провоцирующая тревогу у потенциального участника. Многие аддиктивные пациенты, которым была бы чрезвычайно полезна групповая терапия, не могут воспользоваться ей из-за того, что не способны справиться с инициальной тревожностью, которую ситуация групповой психотерапии неизбежно поначалу вызывает. Поскольку двенадцатишаговые программы рассматриваются порой как форма групповой психотерапии, которую ее члены начинают без всякой подготовки, то по этой причине многие представители персонала лечебных учреждений для аддиктов не признают ценности предгрупповой работы.

Предгрупповая подготовка химически зависимого пациента имеет дело с рядом сложностей из-за острого состояния интоксикации и абстинентного синдрома, сопутствующего ранним стадиям лечения. Уровень когнитивных нарушений и химически обусловленная эмоциональность делает трудной, а во многих случаях

и невозможной адекватную реакцию на вмешательство на психологическом уровне. Вхождение в группу трудно для любого человека. Для человека в состоянии острого кризиса, который к тому же мучим симптомами отрыва, это может быть чрезмерным и подавляющим событием. Аддикты и алкоголики редко попадают на лечение, если это не вызвано кризисом в какой-то из областей жизни. Большинство из них принуждаемо к этому рассерженными супругами, нанимателями, служителями закона или угрожающими жизни последствиями для здоровья. К тому же, их первое представление группе происходит обычно в казенной обстановке, и нет ничего удивительного в том, что они неспособны быть признательными, благодарными и восприимчивыми к усилиям персонала (движимого наилучшими намерениями) оказать им помощь. Трудно себе представить, чтобы алкоголик или наркоман проснулся в одно прекрасное утро и воскликнул: «Ах, как я прекрасно себя чувствую сегодня, как чудесно быть живым! Пожалуй, пойду-ка я попрошусь в этот госпиталь на 28-дневную лечебную программу!»

Хотя многие теоретики и практики групповой психотерапии признают необходимость подготовки предполагаемых членов группы перед вхождением в нее (поскольку это трудно и порождает очень сильную тревогу), мало внимания обращалось на особые обстоятельства аддиктивного пациента. Существует большое количество исследований и обобщений клинического опыта, предлагающих полезное и практичное руководство для выполнения обсуждаемой задачи, но большинство изложенных там рекомендаций касается неаддиктивной популяции, получающей амбулаторное лечение. И хотя данные рекомендации совершенно справедливы и могут быть распространены и на аддиктивных пациентов, они все же не учитывают степени острых неврологических нарушений, присутствующих у большинства аддиктов и алкоголиков на ранних этапах абстиненции. В Главе 8 содержится обзор исследований, касающихся данного вопроса. Сейчас будет достаточно сказать, что уровень расстройств, как правило, достаточно серьезен. Эти пациенты способны воспринимать только самые конкретные, простые и рудиментарные вмешательства или внушения. Это — факт, который нельзя недооценивать на ранних стадиях лечения.

К счастью, важность подготовки пациентов к другим современным формам групповой психотерапии была отмечена Яломом (1967) и другими (Rutan и Stone, 1984; Agazarian и Peters, 1981).

Хотя вопрос подготовки пациента является все еще довольно спорным, в этой области все же проведены значительные исследования. Важно понять то, как подготовка пред группой влияет на впервые попадающих в нее участников. Работы Ялома и других принесли важную информацию, которая может быть полезна ведущему, взявшемуся за трудное дело ведения группы, состоящей целиком из алкоголиков и аддиктов.

Рекомендации для вхождения в терапевтическую группу

Пока ни одна методика не стала универсально признанной, Рутан и Стоун (1984) рекомендуют производить подготовку следующим образом:

1. Установите предварительный альянс между пациентом и врачом;
2. Достигните ясного согласия с пациентом относительно его ожиданий от терапии;
3. Предоставьте ему необходимую информацию и инструкции по поводу групповой психотерапии;
4. Поработайте с инициальной (начальной) тревогой, касающейся присоединения к группе;
5. Заключите с пациентом контракт.

Установление предварительного альянса

Вхождение в группу — очень стрессогенное событие, и для нового члена группы будет крайне полезным иметь хотя бы минимальную связь с ведущим. Большинство пациентов считают начальную стадию групповой терапии самой трудной, по сравнению с любыми другими формами лечения. Альянс с ведущим, каким бы коротким он ни был, уменьшает воздействие этого фактора.

Согласно проницательному замечанию Зигмунда Фрейда (1921), сделанному много лет назад, группы провоцируют регрессию. Участники, приходящие в группу в первый раз, вынуждены как-то обходиться с сильными эмоциями, которые вызывают вопросы выживания, отвержения и принятия. Члены группы должны определиться с тем, как они будут выживать в группе, и обнаружить, кто, по всей вероятности, нападет на них, а кто поддержит. Они должны приспособиться к неизвестным еще запросам группы и понять, какое поведение ведет к принятию, а какое — к отвержению. Если группа не структурирована (как это принято в ди-

намической групповой психотерапии), то признаки того, как себя нужно вести, минимальны. Методом проб и ошибок участники должны сориентироваться в том, какие поступки или типы взаимодействия работают, а какие — нет. Двусмысленность подобной ситуации стимулирует регрессию, и ее степень является индивидуальной характеристикой каждого участника. Ведущий может предсказать регрессию участников в такой неструктурированной ситуации, однако способы, которыми они ответят на эту регрессию — непредсказуемы.

Техники, провоцирующие регрессию, могут иметь вредные, а в некоторых случаях и катастрофические последствия в группе алкоголиков и аддиктов на ранних стадиях отказа от веществ. Алкоголики и аддикты плохо переносят стресс. Если их вынуждают иметь дело с неопределенностью слишком рано, то они полагаются на свои ранее приобретенные неадаптивные копинг-стратегии (а именно, на введение химикатов в свое тело). Только после того, как они научатся более адаптивным способам копинга, от них можно будет ожидать, что они справятся с регрессией в группе. Ведущий должен понимать и верно оценивать тот факт, что срыв иногда может быть фатальным для члена группы. Поэтому любые интервенции, которые потенциально могут повысить вероятность употребления алкоголя или наркотика, должны использоваться очень скупно. Следовательно, любые меры, которые ведущий может принять для предупреждения регрессии на ранних стадиях выздоровления, должны быть предприняты и поддержаны.

Хотя невозможно установить настоящий рабочий альянс с потенциальным членом группы во время первого интервью, но сильная тревога или страх могут быть уменьшены, если приложить к этому усилия. Единственная встреча, какой бы короткой она ни была, может облегчить переход участника в группу, таким образом обеспечивая возможность большей восприимчивости к лечению. Существуют различные рекомендации по поводу того, сколько индивидуальных сессий необходимо для введения неаддиктивного пациента в еженедельную амбулаторную терапевтическую группу. Реалии времени и экономики иногда вынуждают ограничиться единственной сессией. Если предгрупповая подготовка проведена хорошо, то, в большинстве случаев, этого будет достаточно. Реальность больничной обстановки делает трудным, а иногда и невозможным для ведущего найти время для подготовки каждо-

го участника к вхождению в группу. В связи с тем, что большинство аддиктов и алкоголиков впервые попадают в группу в стационаре (больница, дневная лечебная программа и т.п.), время очень редко позволяет ведущему встретиться с каждым до того, как он окажется на группе. Если это возможно, то десять или пятнадцать минут перед групповой сессией — это все же лучше, чем ничего. Иногда такие представления и приготовления могут быть включены в формат вступительного круга (*agenda round*) (см. Главу 10).

Один из методов минимизации регрессии в группе состоит в установлении альянса с членами группы перед вхождением в нее. Связь с ведущим уменьшает вероятность срыва, причина которого — в интенсивности чувств, вызванных регрессивным давлением группы. Альянс особенно важен, если у данного участника раньше не было опыта психотерапии. Пациент, который никогда не участвовал в индивидуальной или групповой терапии, с наибольшей вероятностью преждевременно покинет группу.

Применение результатов исследований

Работы, проведенные в крупнейшем университете, показали, что 70 из 198 пациентов прервали терапию после пяти или менее визитов, невзирая на мнение их терапевтов о том, что дальнейшая терапия была бы для них благотворной (MacLeod, 1968). Yalom и Rand (1966) пишут о похожих результатах другого исследования, обнаружившего, что одна треть пациентов, начинающих групповую терапию, покидают ее без улучшения после первой дюжины сессий. Другое исследование показало, что те пациенты, которые оставались в группе в течение пятидесяти встреч, с большой вероятностью демонстрировали клиническое улучшение. Все это говорит о важности первых нескольких встреч с вновь появившимся участником. Как показал МакЛеод (1968), неловкость первых часов лечения — самый значительный фактор, вносящий свой вклад в преждевременные прерывания терапии и неудачи лечения. Если вы не можете удержать пациента в группе, то очень мало шансов на то, что у него появится возможность улучшения. Дальше МакЛеод утверждает, что «лучшей техникой для избегания опасной нестабильности в ситуации лечения всегда был фокус на развитии терапевтического альянса, или отношений. Этим следует заниматься настолько настойчиво, насколько это возможно, немедленно и непосредственно. Фокус на развитии терапевтического альянса оз-

начает, что пациент и терапевт активно знакомятся, как реальные люди в реальном текущем общении. Терапевт не пытается энергично представлять из себя трансферентный объект, как при использовании модели пустого экрана». (1968, стр. 402)

МакЛеод заключает, что любые техники, мешающие развитию альянса или создающие значительную дополнительную фрустрацию или тревогу на ранних стадиях лечения, должны использоваться минимально.

Достижение ясного соглашения относительно ожиданий пациента от терапии

Любой, кто подолгу работал с алкоголиками или наркоманами, знает, что все они ставят очень притягательные, но настолько же недостижимые цели. Каждый хочет принимать наркотики для развлечения и пить в пределах нормы. Это — цель, которой они никогда не смогут достичь, и чем скорее каждый аддикт и алкоголик осознает и примет это, тем меньше будет помех для прогресса в терапии. Признание и принятие таких ограничений — это, фактически, первый шаг программы Анонимных Алкоголиков. Хотя некоторые и доказывают, что контролируемое питье — это возможный вариант для некоторых алкоголиков (Sobell и Sobell, 1973b), исследования в данной области совершенно неубедительны. Риск срыва и его возможных смертельных последствий — слишком важная вещь для того, чтобы заниматься академическими обсуждениями. Для Анонимных Алкоголиков алкоголик — это тот, кто, по определению, не может пить нормально. Скажите группе из восьми алкоголиков, что существует статистическая вероятность, что один из них вернется к нормальному потреблению алкоголя, и каждый из них поверит, что именно он и будет исключением.

Хотя абстиненция должна быть главной целью лечения (особенно для алкоголиков или аддиктов, только начинающих лечиться), это не значит, что нужно игнорировать другие цели. Вернон Джонсон (Vernon Johnson, 1973) в своей классической книге «Завязываю с завтрашнего дня» подчеркивает две эксплицитные цели алкоголика, входящего в психотерапевтическую группу.

«Цель этой книги — обсудить предпосылки и техники, которые мы используем при проведении групповой терапии. Для начала посмотрим на некоторые сходства в нашей груп-

пе. Кроме нашего алкоголизма, мы имеем две общие вещи. Во-первых, до того, как дойти до точки, в которой мы стали искать внешней помощи, каждый из нас попробовал собственную программу *сделай это сам*, пытаясь изменить себя. Второе сходство в том, что все мы потерпели неудачу. Основная предпосылка групповой терапии такова: главная причина этой неудачи в том, что наши самые лучшие усилия не могут изменить то, чего мы не можем увидеть, и что мы очень многого не видим ясно.

По этой причине нашей целью в групповой терапии является:

- Исследовать себя и других как чувствующих личностей, и
- Идентифицировать *защиты, которые мешают этому исследованию.*

Хотя изменение — наша конечная цель, наша непосредственная задача — смотреть более внимательно на то, что нуждается в изменении. Это требует видения себя — *исследования себя* — на уровне чувств.

При рассмотрении данной задачи одна из вещей, которая особенно выделяется — это наш акцент на чувствах. Мы подчеркиваем чувства по нескольким причинам. В первую очередь, потому, что наше поведение в прошлом настолько противоречило нашей системе ценностей, что возникли значительные чувства раскаяния и отвращения к себе. Затем случилось так, что мы собрали целый ком негативных чувств и прикрыли его набором масок, или *защит, которые мешают этому исследованию.* Это началось с легкого неодобрения себя, затем выросло до раскаяния, а в конце концов дошло до глубокого отвращения к себе. Утверждения типа «Ни черта во мне хорошего нет» или «Мир станет лучше без меня» отражают эти негативные чувства и установки. Важно быть в контакте с этим, чтобы сделать первый шаг программы Анонимных Алкоголиков: «Мы признали, что бессильны перед алкоголем — что наши жизни стали неуправляемыми».

Нахождение в контакте с враждебными чувствами, которые мы испытываем к себе, и с ощущениями беспомощности и безнадежности, которые их сопровождают, делает Первый Шаг живым описанием, а не просто абстрактной теорией. Мы *чувствуем бессилие и неуправляемость.* Одна из важных функций группы — помочь нам идентифицировать защиты,

которые мешают этому исследованию». (Johnson, 1976, стр. 118-119)

Групповая психотерапия, с этой точки зрения, требует концентрации на чувствах. Ведущий скоро увидит, что, в отличие от неаддиктивных пациентов, химически зависимые лица абсолютно не в контакте со своими чувствами. Кажущаяся простейшей интервенция типа «Что ты сейчас чувствуешь?» вызывает ужасающий эффект. Будучи ведущим, вы скоро обнаружите, что аддиктивные субъекты не знают, как определить и объяснить свои чувства. Они должны научиться тому, как это делается, потому что, не научившись понимать свои чувства, они неминуемо сорвутся. Химически зависимого индивида нужно привести к пониманию того, что управление своими чувствами — это основное требование для достижения абстиненции и выздоровления.

Эрнест Курц (Ernest Kurtz, 1979) пишет, что Анонимные Алкоголики учат своих членов простой вещи: что они не могут добиться того, к чему все алкоголики нереалистически стремятся, а именно, неограниченного контроля над своими чувствами. Зависимость от алкоголя, для Курца, связана с тем, что алкоголик неверно понимает и отрицает духовное. «Активный алкоголик пытался добиться духовного, бесконечного материальными средствами. Он старался достичь *качества* жизни простым увеличением количества алкогольных переживаний» (стр.208). Качество жизни, которого добивается алкоголик, спутано с духовностью, потому что включает в себя требование абсолюта, то есть полного контроля над чувствами, что является стремлением выйти за пределы человеческой ограниченности. Только Бог или абсолют имеет тотальный контроль над чувствами, и АА считает своей задачей научить алкоголиков тому, что каждый из них — *Не Бог*.

«Алкоголик пытался с помощью приема алкоголя достичь того, что в реальности дается только тому, кто живет как в полной мере человек. Реальность не дарует людям *абсолютного* контроля над настроением и чувствами; эмоции подразумевают *ответ* на реальность, и в основном на реалии вне себя. *Абсолютный контроль* над эмоциями, в смысле абсолютно автономной само-детерминации настроения и чувства, подразумевает требование неограниченности, и, таким

образом, требование превосходства над любым человеком».
(Kurtz, 1979, стр. 209)

Лечение, с этой точки зрения, требует от алкоголика научиться идентифицировать и принимать ограничения своих чувств, если он хочет поддерживать настоящую трезвость. Следовательно, ведущий должен мягко подталкивать алкоголиков и аддиктов к пониманию тщетности их позиции, которая требует, чтобы они чувствовали хорошее все время и избегали чувствовать плохое хоть когда-нибудь. Чувства приходят по какой-то причине. По словам Курца, эмоции позволяют нам судить о реальности и о наших отношениях с реальностью. Эмоции говорят нам, когда мы действительно счастливы, а когда мы действуем против своих подлинных внутренних ценностей.

Когда абстиненция от наркотиков и алкоголя сохраняется по меньшей мере год, пациент может ставить больше ясных личных целей. АА, АН и АК советуют своим членам не совершать каких-либо существенных изменений в жизни (развод, смена работы и т.п.) до истечения года трезвости. Эти программы содержат интуитивное знание о том, что нейropsихологические исследования только начали подтверждать эмпирически. Алкоголики и аддикты, по причине пьянства и приема наркотиков, страдают от дефицита когнитивных процессов, выражающегося в затрудненности абстрактного мышления. Пока уровень данного расстройства неглубок, это можно заметить только при помощи чувствительных тестов. Глава 8 содержит более детальное рассмотрение этого вопроса. Сейчас достаточно сказать, что по прошествии года трезвости может возникнуть множество желанных для пациента целей, обсуждение которых не увеличивает опасности рецидива.

Предложение информации и инструкций, касающихся групповой психотерапии

Поскольку группа быстро пробудит у химически зависимого пациента интенсивные чувства, было бы важно помочь ему заземлиться, давая специфическую и конкретную информацию о работе группы. Зная, чего ожидать, участники смогут более адекватно реагировать на происходящее. Существует много способов добиться этого.

- А. Дать новым членам группы материал для чтения, объясняющий структуру и основные положения групповой психотерапии (Gaugon и Rawlings, 1975).
- В. Объяснить им, чего они могут ожидать в группе, и как наилучшим образом получить от нее пользу (Wogan и др., 1977).
- С. Некоторые ведущие давали будущим членам группы понаблюдать за групповой сессией через одностороннее зеркало (Wogan и др., 1977).
- Д. В некоторых случаях будущим членам группы давали аудиокассеты с текстом об участии в группе «хорошего пациента». Это делалось в надежде, что новые члены постараются вести себя так же, как он. (Truax и Wargo, 1969).

Все работы, процитированные здесь, показывают одинаковые результаты — через три месяца гораздо больше улучшений наблюдается у тех пациентов, которые были подготовлены заранее, чем у контрольной группы, не прошедшей подготовку. Хотя не доказано, что какой-то формат обеспечивает более редкие уходы из группы, все согласны в том, что групповые нормы, формирующие терапевтическую среду, вырабатываются быстрее, если члены группы были подготовлены.

Вопросом о выгодности подготовки участников группы занимался Ялом. Его интерес был вызван пониманием критической важности первых встреч в формировании будущего курса группы. Ялом обнаружил, что групповые нормы, установившиеся в группе с самого начала, имеют тенденцию сохраняться, переживая даже полную смену личного состава. Следовательно, как можно более раннее установление здоровых групповых норм благотворно для функционирования группы. Ялом также осознавал, что за подготовку участника придется заплатить определенную цену. Аргументы против подготовки, особенно психодинамически ориентированных групповых терапевтов, заключаются в том, что любые техники, мешающие развитию и разрешению переноса и трансферентных искажений, должны использоваться как можно реже. Поскольку подготовка участников к группе этому мешает, они считают, что групповому лечению будет нанесен ущерб. Ведущему следует облегчать развитие переноса в группе, для чего очень полезны загадочность и двусмысленность, и терапевту не следует делать ничего, в том числе касающегося подготовки участников, что может помешать этому.

Ответ Ялома состоит в том, что выгоды от подготовки пациентов существенно перевешивают потери. Во-первых, подготовка ускоряет развитие других важных лечебных факторов, действующих в группе. Ялом также считал, что перенос — здоровый организм; он пробьется, несмотря на любую организационную активность и, в частности, на подготовительные процедуры.

Контрольное исследование подготовки пациентов к групповой терапии

Исследование Ялома и др. (1967) требовало двадцатипятиминутной подготовительной встречи для новых участников группы. Участники групп, изучаемых в этой работе, случайным образом набирались из двух категорий: подготовленные к группе (описанным выше образом) и неподготовленные. Предварительная встреча призвана была достичь трех целей:

1. Увеличить веру нового участника в групповую терапию и усилить у него позитивные ожидания того, что группа будет полезна.
2. Увеличить привлекательность группы и развить сплоченность.
3. Настроить членов группы на конфронтационные, сфокусированные на «здесь и сейчас» взаимодействия в группе. Ялом делал самый сильный акцент на этой теме во время подготовительной сессии.

Чтобы достичь вышеуказанных целей, Ялом предоставлял каждому новому члену группы пять источников специфических инструкций:

1. Обсуждались теоретические основы групповой терапии с акцентом на интерперсональной теории психиатрии.
2. Было представлено рациональное описание группы.
3. Были обсуждены ожидаемые результаты и эффективность группового лечения.
4. Были идентифицированы источники возможного стресса в группе.
5. Участникам было дано указание обсуждать свои чувства с другими членами группы.

Теоретические основы групповой психотерапии

Каждому потенциальному участнику группы была представлена краткая история эволюции групповой терапии. Было объяснено,

что сначала группы ценились по причинам экономического характера: больше людей можно лечить за меньшие деньги. Однако, потом ему ясно говорили, что сейчас групповая терапия развилась до уникальной и очень хорошо разработанной формы лечения, доказавшей свою собственную ценность. Фактически, групповая терапия часто является лечением выбора. Во многих случаях она более эффективна, чем индивидуальное лечение. Такое введение имеет целью обрести веру в групповую терапию, как способ лечения, и рассеять сомнения насчет того, что это низший и второсортный метод.

Рациональное описание группы

Кратко представлялась интерперсональная теория психиатрии Салливана. Каждому напоминали, что универсальная проблема всех людей — трудность установления и поддержания близких и удовлетворяющих отношений с другими. Участникам напоминали, что они, может быть, много раз хотели прояснить отношения, быть честными с другими в том, что касается чувств — и позитивных, и негативных — и иметь возможность получить честную обратную связь о том, как другие воспринимают их. Групповая терапия описывается как зеркальная комната — место, где они могут исследовать, как влияют на других, как другие воспринимают их, и как другие, в свою очередь, сами воздействуют на них. Пока структура общества не позволяет подобного взаимодействия, группа может рассматриваться как социальный микрокосм, где честное межличностное взаимодействие не только разрешено, но и поощряется.

Эффективность групповой психотерапии

Членов группы предупреждают, что групповая терапия может быть для них трудным предприятием. Ее начало редко бывает легким — фактически, они получают предостережение, что это может быть большим стрессом — работать напрямую со своими взаимоотношениями с другими членами группы — их заверяют, что это будет ужасным приходом в «реальный мир». Участники инструктируются, что если они честно смогут проработать, разрешить и прояснить свои взаимоотношения с другими членами группы, то это позволит им открыть пути к более удовлетворительным отношениям с другими вне группы.

Возможные источники стресса в группе

Всем потенциальным участниками группы напоминают о том, какими волнующими и трудными могут быть честные отношения. Их предупреждают, что временами, особенно в начале, можно ожидать появления таких чувств, как смущение и обескураженность. Их предупреждают также, что они могут задаваться вопросом, как группа может помочь им в их ситуации. В другие моменты им может быть непонятно, как работа над групповыми проблемами и их межличностными отношениями с другими участниками может иметь какую-то ценность для решения тех затруднений, которые в первую очередь привели их в группу. Смущение и уныние, скорее всего, будут, но не стоит поддаваться желанию уйти из группы. Часто людям трудно пойти на риск честного самораскрытия, и им нужно осознавать свою тенденцию к эмоциональному уходу. Им говорят, что они могут захотеть спрятать свои чувства, или позволить другим выражать их вместо себя. Это, в свою очередь, может привести к утаиванию связей с другими от группы и ведущего. Существует множество различных эмоций, появления которых можно ожидать. Обычными являются раздражение и обида на ведущего за то, что он дает группе мало указаний. Многие участники могут адресовать свою фрустрацию другим членам группы и вопрошать, как писал Ялом, «Как слепой может вести слепых?» (1967, стр. 418). Даже если участники не осознают свою тревогу и нервозность, им сообщают, что это обычные эмоции, сопровождающие начало группы. Если кто-то боится нападения и отвержения в случае, если покажет себя дураком, важно, чтобы эти страхи были постепенно проработаны. С другой стороны, участников заверяют, что группа — не место насильственной исповеди, и что они могут сами определять степень самораскрытия.

Поощрение взаимодействия между участниками

Участников повторно инструктируют, что группа будет наиболее полезной для них, если они будут честными и открытыми с другими участниками и ведущим. Открыто делиться чувствами в тот момент, когда они возникли — это то, на что Ялом обращал особое внимание. Это — сердцевина групповой терапии. Чтобы в группе появилось доверие, обычно нужно время, и следует напомнить, что люди имеют разные темпы развития доверия. Существенно, чтобы установилась атмосфера доверия, безопасности и сплочен-

ности, чтобы группа могла рассматриваться как место, где можно рискнуть. По мере того, как научение и склонность к риску прогрессируют, участников поощряют к тому, чтобы попробовать новые типы поведения.

Результаты подготовки участников к группе

Ялому и др. (1967) не удалось обнаружить какого-либо заметного влияния на количество участников, рано заканчивающих терапию или преждевременно покидающих группу. Множество последующих работ подтвердили выводы Ялома о том, что предгрупповая подготовка оказывает мало влияния на процент участников, остающихся в группе. Однако, исследование Ялома доказало, что подготовка повышает веру в группу, и что группы из подготовленных участников организуют взаимодействие быстрее. Следовательно, они раньше проходят начальную стадию неуверенности и быстрее движутся к своей основной задаче. Личная польза и улучшение достигаются быстрее, чем в группах, состоящих из неподготовленных людей.

Специальные проблемы подготовки химически зависимых индивидов

Существует один уникальный аспект подготовки химически зависимых участников к амбулаторной группе, который обычно не обязателен для неаддиктивных пациентов. Большинство алкоголиков и аддиктов некоторое время посещало встречи Анонимных Алкоголиков, Анонимных Наркоманов или Анонимных Кокаинистов. В некоторых случаях потенциальные участники могут быть и в настоящее время очень активными в АА, АН или АК. Это следует всячески поощрять. Может быть важным проинформировать их, что психотерапевтическая группа создана не для лечения их аддикции, и не для того, чтобы быть заменой ориентированных на равенство (АА, АН и АК) программ. Скорее, группа может быть поддержкой или дополнением последних. В некоторых случаях, если человек недостаточно трезв, групповая терапия может быть ему противопоказана, особенно если ведущий не знаком с лечебным форматом перечисленных программ.

Если решено, что потенциальный член группы может получить пользу от групповой терапии, ведущий должен четко разъяснить ему, что терапевтическая группа — это не встреча АА, АН или АК.

Это особенно важно, если индивид никогда не участвовал в групповой терапии, хотя уже несколько лет активен в АА. Смешивание между собой двенадцатишагового формата и групповой терапии может повредить обеим формам лечения. Понимание различия между группой равных и профессиональными терапевтическими группами не столь критично для участника, трезвого уже три года, как для начинающего выздоравливать, протрезвевшего две недели назад. Индивиды с несколькими годами выздоровления за плечами обычно более подготовлены для того, чтобы приспособиться к изменению лечебного формата. Начинающие выздоравливать аддикты или алкоголики находятся в чрезвычайно загруженном эмоциональном состоянии, легче приходят в растерянность и пугаются своего непонимания разных требований, которые предъявляет к ним каждая модальность. Донесение этой информации до них может быть полезным, а в некоторых случаях критически важным.

Как профессионально ориентированные, так и ориентированные на равенство группы должны рассматриваться как группы активного лечения, призванные облегчить выздоровление и воздержание от алкоголя. Однако, между ними есть существенное различие. Проводимая профессионалом терапевтическая группа акцентирует использование специфических поведенческих и психологических предписаний и техник, применяемых для глобального, генерализованного усилия по редукции симптомов. Для сравнения, формат АА фокусируется на специфическом, упорядоченном подходе, обращенном к одному специфическому компоненту выздоровления (т.е. к абстиненции).

Центральное содержание профессионально ориентированной группы должно состоять в попытке способствовать постепенному увеличению интроспекции и согласия (смирения) путем использования групповой конфронтации, обсуждения и обучения. В противоположность этому, ориентированные на равенство группы — почти абсолютно поддерживающие, и до некоторой степени зависимые от принятия специфического и ограниченного лечебного подхода, сфокусированного целиком на смирении и абстиненции от алкоголя и наркотиков.

Характеристики лечения

Чтобы получить более объемное представление о содержании каждой лечебной группы, я составил список сходств и различий между ними. Различающиеся и общие элементы перечислены в таблице 3.1 и 3.2, соответственно.

Таблица 3.1 Различающиеся элементы

Ориентированные на равенство группы (АА, АН, АК)	Профессионально ориентированные группы
1. Цель лечения определена и специфична — абстиненция	1. Цели лечения определяются индивидуально с учетом личности, что требует исследования и оценки социального, психологического, физического и алкогольного поведения.
2. Акцент на «как» абстиненции и выздоровления.	2. Акцент на «почему» абстиненции и выздоровления.
3. Открытие группы чтением «Большой Книги» АА и Двенадцати Шагов Выздоровления.	3. Развитие групповой сплоченности и традиционные групповые процессы
4. Структурированное использование жизненных историй, специфическое обращение с персональной историей алкоголизма и выздоровления.	4. Словесные отчеты об общем прогрессе без записей и жесткого формата.
5. Дидактический формат, ведущий сообщает принципы АА.	5. Мобилизация групповой поддержки и обратных связей.
6. Акцент на первых четырех шагах из традиционных двенадцати с меньшим вниманием к чувствам и эмоциям .	6. Большой акцент на групповом обсуждении чувств и эмоций.
7. Более демократичное групповое лидерство, участники берут на себя активную роль в групповом обсуждении.	7. Более традиционная роль ведущего в групповом процессе.
8. Групповое обсуждение фокусируется на способах сохранения абстиненции.	8. Больше конфронтации и исследования сопротивления.

Таблица 3.2 Общие элементы

1. Групповое обсуждение.
2. Коррекция заблуждений, касающихся аддикции.
3. Сообщение информации об аддикции и необходимости смирения.
4. Формулировка проблем лечения.
5. Групповая поддержка в начале.
6. Цель — редуцировать жалобы пациента и поведение, которое мешает алкогольной или наркотической абстиненции.
7. Попытки вовлечь и изменить семейное окружение.
8. Поиск причин тех трудностей, которые мешают поддерживать абстиненцию.

Таковы эти специфические лечебные форматы, и их применение нужно отслеживать в процессе лечения, чтобы убедиться в том, что оба предлагаемых вида лечения (профессиональное против АА) клинически осмысленны и различаются. Таким образом, из обоих форматов может быть извлечен максимум пользы, если ведущий сможет давать рекомендации, сопоставляя разные типы терапии с характеристиками отдельных алкоголиков и аддиктов.

Работа с инициальной тревогой перед вступлением в группу

Большинство людей испытывают тревогу перед вступлением в группу. Ведущий может побудить потенциальных участников говорить об этом на группе и убедить их, что любой человек в данных обстоятельствах разделит бы их состояние. Им можно посоветовать обсудить эти чувства с группой в начале первой встречи.

Однако, алкоголики и аддикты проявляют перед ведущим свои уникальные особенности в том, что касается предгрупповой тревожности. Во время подготовительной работы в этой популяции становится заметным то, что тревога манифестирует одним из двух крайних способов. Если алкоголики и аддикты имеют склонность к отыгрыванию вовне (т.е. социопатические черты, постоянные столкновения с законом, и т.п.) и злоупотреблению запрещенными наркотиками (кокаин, героин, марихуана, амфетамины и т.п.), то ведущий обнаружит, что их тревога обычно не достигает осознания. В противоположность этому, теми из алкоголиков и аддиктов, кто склонен к более изолированному существованию

(агорафобические черты, страх толпы и т.п.) и злоупотребляет незаконными веществами (лекарства типа Валиума и Либриума), тревога осознается в гораздо большей степени, потому что она крайне велика, часто до невыносимого уровня. Эти типы пациентов требуют разного подхода во время подготовки к группе.

Работая с первым типом, чья тревога по большей части бессознательна, надлежит повысить ее до уровня осознания, прежде чем такие пациенты присоединятся к группе. Если их тревога остается неосознанной, то повышаются шансы на то, что они будут реагировать в группе так же, как и во всех ситуациях, провоцирующих их тревогу в «реальном мире» — а именно, отыгрывая вовне. Таких участников нужно учить тому, что быть членом группы — значит выражать чувства вербально, а не поведенчески. Как только они осознают тревогу и соглашаются выразить ее словами, их нужно поощрить к пониманию универсальности этого чувства. Такое осознание убедит их, что они не становятся недочеловеками только из-за того, что переживают страх или дискомфорт.

Второй тип с большой вероятностью будет иметь историю тревожных расстройств (панические атаки, фобии и т.п.). Употребление ими наркотиков и алкоголя часто является попыткой самолечения. По мере того, как они становятся свободными от веществ, их тревожность может действительно возрастать. Вхождение в группу особенно трудно для этой разновидности аддиктивных индивидов. Увещевания, поддержка и усиление их неадекватного защитного процесса необходимо им, чтобы пережить первое участие в терапевтической группе.

В дальнейшем процесс может быть осложнен несоответствием, которое часто существует между установками по отношению к лечению самих алкоголиков и аддиктов, принадлежащих к социально и экономически непривилегированному слою, и теми ожиданиями, которые строит персонал, состоящий из представителей среднего класса. Как отметил Heitler (1976) в обзоре, посвященном аддикциям и социальному неблагополучию, «пациент, принадлежащий к низшему классу, вероятнее всего, неискушен, непрактичен и сильно дезинформирован о психологических методах лечения. Он приносит с собой ценности, жизненный стиль и ожидания от терапии, которые расходятся с рабочей ориентацией традиционного психотерапевта». Verinis (1995) соглашается с этим, замечая, что этот тип пациентов требует «немедленных конкрет-

ных решений и прямых вмешательств» (стр. 96). Мое собственное исследование индейцев-алкоголиков (Flores, 1985) показало, что одной из причин, по которой эта популяция характеризуется таким печальным уровнем излечения от аддикций, является несоответствие ценностей индейцев и терапевтов, или лечебного персонала. Все это убеждает нас в том, что чувствительность к социальным, экономическим, культуральным и образовательным различиям крайне необходима при подготовке аддикта или алкоголика к групповой терапии.

Мнение исследователей и клиницистов о снижении инициальной тревоги во время предгрупповой подготовки с будущим членом группы, *не являющимся аддиктом*, проливает некоторый свет на вопросы, требующие внимания и с химически зависимым индивидом. Агазарян и Петерс (Agazarian и Peters, 1981) перечислили четыре обычных страха, которые могут быть стимулированы вхождением в терапевтическую группу:

1. Конфиденциальность личной информации.
2. Отвержение группой.
3. Смущение при раскрытии интимной информации другим членам группы.
4. Патология других.

Конфиденциальность личной информации

Агазарян и Петерс (1981) пишут:

«Будущие пациенты часто обеспокоены тем, как бы информация, представленная на групповых сессиях, не «утекла» и не попала к кому-то, кто их знает во внешнем мире. Их можно заверить, что в прошлом таких случаев не было, и это вряд ли случится в будущем. Если позволяет время, то можно исследовать ассоциации к этому беспокойству. Самое важное — побудить пациента поднять этот вопрос в группе, где эта тема всегда бывает терапевтически продуктивной». (стр. 189).

Конфиденциальность всегда волнует алкоголиков и аддиктов. Мало кто из них входит в группу выздоравливающих или амбулаторную группу, не чувствуя необходимости обсудить этот важный вопрос, поскольку они знакомы с требованием анонимности в двенадцатишаговых программах. Однако, эту тему следует под-

нять, даже если ведущему придется навязать ее для обсуждения. Конфиденциальность нельзя игнорировать, поскольку поведение многих алкоголиков и аддиктов под воздействием алкоголя или наркотиков было постыдным, унижительным, а в некоторых случаях даже незаконным. Конфиденциальность должна быть гарантирована. Участникам следует сказать, что они, без сомнения, будут обсуждать свои собственные групповые переживания с друзьями и семьей, но что им следует делать это в такой манере, чтобы не говорить специально о других людях и не раскрывать личности других участников.

Беспокойство по поводу отвержения членами группы

«С беспокойством по поводу отвержения членами группы лучше всего обойтись следующим образом: помочь беспокоящемуся связать свой настоящий страх с болезненными переживаниями прошлого через его ассоциации. И опять же, пациенту следует напомнить, что ему будет полезно обсудить этот вопрос с группой». (Agazarian и Peters, 1981, стр. 189).

Те же проблемы, о которых писали Агазарян и Петерс, возникают и с химически зависимыми пациентами. Несмотря на то, что аддикты и алкоголики, пьянствуя и принимая наркотики, действовали в манере, демонстрирующей, что отвержение их ничуть не беспокоит, они имеют настоятельную потребность быть принятыми и одобряемыми другими.

Страх смущения

По мнению Агазарян и Петерса (1981), «со страхом быть смущенным перед членами группы следует обращаться таким же образом, как и со страхом отвержения. К тому же, пациенту уже было сообщено, каким образом действует группа — люди делятся чем-то и получают честную обратную связь. Об этом полезно напомнить, чтобы человек знал, что он не будет единственным, кто открывает свои сокровенные мысли и чувства» (стр. 189).

Смущение и стыд — критические вопросы для аддиктов и алкоголиков. Как утверждает Курц (Kurtz, 1979), химически зависимые индивиды страдают от ужасающего чувства стыда. Их самооценка очень низка и, как правило, они обладают крайне интрапунитив-

ным (самонаказующим) суперэго. Вследствие этого, даже малейшая ошибка заставляет их обвинять себя чрезмерно садистским и грубым образом. С другой стороны, любые признаки того, что другие могут считать их противными, а их поведение — постыдным, ведут к тому, что они, отыгрывая вовне, ведут себя в защитной и провокативной манере. Они не могут вынести мысли, что другие увидят их такими же, какими они видят себя. Многие алкоголики и аддикты нуждаются в том, чтобы подтверждение других помогло облегчить их болезненные чувства стыда и смущения.

Страхи по поводу воображаемой патологии других

«Страхи по поводу воображаемой патологии пока еще не виденных товарищей по группе являются, скорее всего, проекциями, защитная природа которых не осознается пациентом. Это может выражаться в виде страха ментального загрязнения или заражения (Foulkes и Anthony, 1973), или как сомнения по поводу того, что эта «куча сумасшедших» может сделать с пациентом. Исследование свободных ассоциаций — один путь для облегчения этого вида беспокойства. Другой путь — сказать пациенту, что это такие же люди, как он, с такими же тревогами и заботами; эта информация поможет ему подойти к проективной природе своих страхов» (Agazarian и Peters, 1981, стр. 186).

Обычно алкоголики и аддикты гораздо более склонны к принятию недостатков и ограничений других. Поскольку они сами переживали такие жуткие чувства и эмоции во время бесчисленных интоксикаций и похмелий, они готовы принять эти состояния в других. Однако, большинство алкоголиков и аддиктов ужасно боятся, что в глубине, за их аддикцией, другие могут увидеть, какие они «психи», извращенцы или отвратительные типы. Они боятся, что правда выплывет наружу, и люди увидят их такими, каковы они есть. Вследствие этого, важно переопределить их патологию и поместить ее в рамки модели болезни. Это поддержит их образ себя, пока они приобретут способность идентифицироваться с другими участниками группы и понимать, что их страхи разделяются всеми.

Представление и утверждение контракта

Представление контракта и получение согласия на него от члена группы перед началом групповой терапии — наиболее критический фактор успеха амбулаторной терапевтической группы. К несчастью, его важность часто игнорируется, и на обучение ведущих групп этому подготовительному процессу отводится слишком мало времени. Со многими аддиктами и алкоголиками, входящими в стационарную лечебную программу под принуждением или в крайне тяжелом состоянии, непрактично, а в некоторых случаях и бессмысленно пытаться заключать контракт на работу. Поскольку невозможно, да и нежелательно приспособливать цели лечения к специфическим предпочтениям каждого индивида, абстиненцию следует всегда считать главной целью лечения. При поступлении больных редко спрашивают, согласны ли они с целью лечения в данном учреждении. Большинство предпочло бы пройти лечение, не проходя через трудности, которые представляют собой требования терапевтической группы. Следовательно, это не является их свободным выбором в это время. Тем не менее, ведущему могло бы быть полезно активно вовлекать новых членов группы в процесс понимания требований и запросов, которые терапевтическая группа к ним предъявляет.

Стационарные и амбулаторные терапевтические группы ставят перед ведущим разные и уникальные проблемы. В Главе 8 будут описаны отличия ведения групп в стационаре. Рекомендации, представленные здесь, больше подходят для группы выздоравливающих (aftercare) или продолжительной амбулаторной группы.

Рутан и Стоун (Rutan, Stone, 1984) выделили семь элементов, которые, по их мнению, являются существенными в контракте продолжительной терапевтической группы с неопределенным сроком окончания. Они считают, что члены группы должны согласиться:

1. Присутствовать на группе каждую неделю, приходить вовремя и оставаться на все время встречи.
2. Активно работать над проблемами, которые привели их на группу.
3. Выразить чувства словами, а не действиями.
4. Использовать отношения в группе в терапевтических, а не социальных целях.
5. Остаться в группе, пока проблемы, которые привели их сюда, не будут разрешены.

6. Ответственно относиться к оплате счетов.
7. Не разглашать имена и личности товарищей по группе.
(Rutan и Stone, 1984, стр. 114-115)

Рутан и Стоун считают контракт не столько формально написанным документом, сколько словесным согласием с основными правилами группы. Основные правила обеспечивают фундамент для продуктивной и безопасной терапевтической среды, и согласие по их поводу должно быть достигнуто прежде, чем новый участник войдет в амбулаторную группу. Чтобы быть уверенным в их верном понимании, я даю каждому пациенту письменное изложение моих одиннадцати основных правил для группы. Приложение 3.1 представляет из себя копию этого документа.

Ведущий группы убедится, что заключение ясного контракта и понимание основных правил группы предотвратит многие часто возникающие трудности. Управление границами группы — один из самых важных элементов ее эффективности. Это помогает организовать терапевтическую среду (сплоченность) и позволяет прийти в действие другим лечебным факторам. Более того, контракт позволяет ведущему использовать его насильственные рамки как путь к пониманию различных сопротивлений, черт характера и переносов, которые имеют место в группе.

Приложение 3.1

Эффективная группа берется за большую работу, и нуждается в большой вере. Эти одиннадцать основных правил и сопутствующие замечания были подготовлены, чтобы помочь новым членам психотерапевтической группы понять условия, существенные для успешной работы.

1. **ГРУППОВОЙ КОНТРАКТ.** Чтобы получить наибольшую пользу от своего группового опыта, вы соглашаетесь:
 - А) Говорить о причинах и проблемах, которые побудили вас присоединиться к группе.
 - В) Рассказывать эмоционально значимые истории из своей жизни.
 - С) Сообщать словесно о своих непосредственно возникающих мыслях и чувствах о себе, ведущих и членах группы.
 - Д) Получать равную долю общего времени, отведенного на высказывания.

Е) Не покидать группу, пока вы не завершите или не разрешите того, зачем пришли в нее.

2. **КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ.** Каждый член группы соглашается не раскрывать личности всех остальных участников, их имена или любой узнаваемый материал. Члены группы не чувствовали бы себя свободными открывать свои наиболее сокровенные чувства, если бы они думали, что о них может стать известно за пределами группы.
3. **КОНТАКТ МЕЖДУ ЧЛЕНАМИ ГРУППЫ ВНЕ ГРУППЫ.** Не существует основного правила, запрещающего это; однако, о любом контакте группе должно стать известно. Это удерживает от образования клик, которые могут нарушить единство группы как рабочей общности. Важно помнить, что полезнее сохранять отношения в группе терапевтическими, а не социальными.
4. **ФОРМИРОВАНИЕ ПОДГРУПП.** Когда подгруппа из двух или более членов собирается вместе, чтобы обсудить группу и то, что они чувствуют по отношению к различным участникам, они часто оставляют эту информацию при себе. Вследствие этого, важные вещи, которыми нужно поделиться в группе, остаются скрытыми. Это, в конечном счете, подавляет потенциал самоосознания и роста, который может произойти благодаря этой обратной связи, если бы она была высказана прямо в группе. К тому же, члены подгруппы ведут себя в группе по-другому. В типичном случае, они защищают друг друга и не дают друг другу тех обратных связей, в которых каждый из них нуждается. Поэтому, данное правило обязательно: обсуждения вне группы должны быть принесены назад и произойти в группе.
5. **ЗАПРЕТ СЕКСУАЛЬНЫХ КОНТАКТОВ МЕЖДУ ЧЛЕНАМИ ГРУППЫ.** Участники соглашаются, что в течение времени их участия в группе они не будут устанавливать между собой сексуальных отношений. Эта свобода от сексуальных связей облегчает интимность между участниками, которая, в свою очередь, обеспечивает основу для роста и изменения. Таким образом может развиваться доверие, необходимое для открытости и разрешения проблем.

6. **ЗАПРЕТ УДАРОВ И ПРИЧИНЕНИЯ ВРЕДА ПОМЕЩЕНИЮ.** Гнев должен выражаться вербально, а не физически. Как и все остальные эмоции, гнев, свободно и подходящим образом выраженный, может заложить основы для инсайта и роста.
7. **ЗАПРЕТ НАРКОТИКОВ И АЛКОГОЛЯ.** Никто не должен приходиться на группу под воздействием алкоголя или наркотика.
8. **ОКОНЧАНИЕ, А НЕ ПРЕКРАЩЕНИЕ ГРУППОВОЙ ТЕРАПИИ.** Когда участники начинают думать о том, чтобы не продолжать психотерапию, им следует обсудить это на группе, прежде чем принимать окончательное решение, так же свободно, как они обсуждали другие чувства. Окончание групповой терапии — это радостное общее событие, которое было продумано и обсуждено с группой. С другой стороны, члены группы могут принять решение прекратить терапию в тот момент, когда они начали встречаться с некоторыми критическими вопросами, которых они теперь пытаются избежать, покидая группу. В этой точке особенно ценным будет воздействие других участников. Хотя никто не нуждается в разрешении группы на то, чтобы не продолжать психотерапию, в духе роста было бы обсудить свой уход из группы. Участники должны предупредить об окончании терапии по меньшей мере за четыре недели. Прекращение терапии без предупреждения имеет вредное воздействие на группу и, вероятно, представляет собой продолжение того проблемного поведения, из-за которого вы в нее пришли. Время перед окончанием позволяет попрощаться и разрешить любые незавершенные дела между участниками. Следовательно, каждый член группы соглашается позволить другим участвовать в своем решении покинуть группу.
9. **ПРИСУТСТВИЕ.** Регулярное присутствие и пунктуальность повышают ценность группы для каждого участника. Такая сплоченность создает атмосферу работы, поддержки и успеха. В случае невозможности для участника прийти, или его решения не приходиться на сессию, от него должен быть получен предупреждающий телефонный звонок. Группа будет начинаться и заканчиваться точно в назначенное время. Члены группы соглашаются быть на месте к ее началу и оставаться до конца.

10. **ОБЯЗАТЕЛЬСТВО.** Участникам позволяется присоединиться к группе, только если они берут на себя шестимесячное обязательство. Это соглашение гарантирует от того, что групповой процесс будет прерываться участниками, появляющимися на одну или две сессии, а затем исчезающими из группы. Это соглашение также подтверждает, что человек, присоединяющийся к группе, сделает достаточно в рамках данного обязательства, чтобы получить пользу от групповой терапии.
11. **МЕРЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ.** Оплата групповой психотерапии осуществляется на посессионной основе. Оплата взимается в том же размере, даже если участники не присутствуют на группе, т.е. когда они в отпуске или больны. В таком случае это оплата мест в группе, зарезервированных для них. Их ответственностью является то, как они решат провести это время. Каждый член группы согласен полностью оплатить счет до конца текущего месяца.

Глава 4.

Интеракционная групповая психотерапия

Ирвин Ялом написал две замечательные работы по групповой психотерапии. Первая, опубликованная в 1970 году (второе издание вышло в 1975, и третье в 1985), имеет отношение в основном к применению амбулаторной групповой психотерапии к лицам, не страдающим химической зависимостью. Вторая работа практически полностью посвящена применению групповой психотерапии к пациентам-психотикам в условиях стационара (1982). Поскольку именно первая книга Ялома представляет теоретическую основу его подхода к групповой психотерапии, в этой главе мы рассмотрим его работу по амбулаторному лечению, выпущенную в 1970 году, и обратим особое внимание на его вклад в методологию групповой терапии. В ней, впрочем, уделяется относительно мало внимания теоретическому обоснованию проведения занятий именно в том режиме, который рекомендуется. Многие групповые психотерапевты, признавая, что данная работа Ялома снабжает читателя наилучшими практическими рекомендациями, необходимыми для проведения интеракционных групп, тем не менее, критикуют его за атеоретичность и за игнорирование философского обоснования своего подхода к групповой психотерапии.

Этот критицизм становится безосновательным, если постараться проследить связь Ялома с созданной Гарри Стэком Салливаном (Harry Stack Sullivan) интерперсональной теорией психиатрии. Четкое понимание основных доктрин Салливана прольет свет на причины, по которым Ялом считает, что занятия с группой необходимо проводить именно так, как он предлагает. Влияние Джерома Франка (Jerome Frank) также имеет большое значение для подхода Ялома к групповой психотерапии, хотя, насколько я знаю, Ялом никогда не заявлял в печати о существовании этой взаимосвязи, разве что мимоходом или поверхностно. По прочтении списка лечебных факторов, разработанных Яломом (а именно — вну-

шение надежды, альтруизм, универсальность, экзистенциальные факторы и т.д.), становится очевидным влияние на его рекомендации тезиса Джерома Франка (1961), касающегося антропологического аспекта убеждения и целительства. Далее в этой главе внимание читателя представляется анализ теоретических положений Ялома, а также влияния работ Салливана и Франка на подход Ялома к групповой психотерапии. Однако, сначала мы исследуем описание основ групповой психотерапии в формулировке Ялома и основные задачи ведущего группы. Данный материал не претендует на оригинальность и является лишь сжатой презентацией выкладок Ялома в Главах 5 (во втором издании опубликованы две пятые главы) его работы, изданной в 1975 году. Если заинтересованный читатель хочет рассмотреть источник информации, изложенной в данной книге, мы предлагаем ему исследовать упомянутое издание более подробно.

Основные задачи по Ялому

В модели групповой психотерапии, предлагаемой Яломом, перед ведущим группы стоят три основные задачи. Они таковы:

1. Обеспечение физического выживания группы
2. Создание культуры группы и установление терапевтических норм
3. Обучение и моделирование для участников работы “здесь и сейчас” в рамках группы.

Задача по обеспечению физического выживания включает в себя те усилия, которые вкладываются в создание и поддержание группы. Обычно бывает проще предсказать, какие именно члены группы прекратят лечение, чем определить, кто преуспеет и получит пользу от групповой психотерапии. Ялом настаивает, чтобы ведущий группы уделял больше времени подготовке участников группы, чем их безупречному подбору. Вопрос управления границами группы и подготовки членов группы более подробно обсуждался в Главе 3. Настоящая глава посвящена в основном рекомендациям Ялома, касающимся двух оставшихся основных задач, а также того, какое огромное влияние их выполнение оказывает на успех или провал психотерапевтической группы, созданной для работы с аддиктивными пациентами.

Создание культуры группы и установление терапевтических норм

Как только группа начинает существовать физически, ее ведущий должен направить свою энергию на оформление групповых норм и культуры группы в терапевтическую социальную систему. Это, в свою очередь, приведет в действие лечебные факторы (см. главу 15), которые для Ялома являются ключевыми в обеспечении эффективности. В отличие от каких-либо других объединений, члены такой группы должны быть свободны в любой момент прокомментировать возникающие у них чувства в адрес каждого из участников, а также в адрес ведущего. Для того, чтобы появилась подобная атмосфера, ведущий должен направлять участников в сторону установления шести основных норм группы. Эти нормы таковы:

1. Честность и спонтанность санкционирована и поощряется.
2. Необходимо обеспечить высокий уровень вовлеченности каждого из участников группы.
3. Самораскрытие каждого из членов группы должно происходить в атмосфере, которую Ялом называет "взаимной уязвимостью".
4. Необходимо внушать и поощрять стремление к самопознанию каждого участника группы.
5. Неосуждающее принятие недостатков, личных изъянов и неблагоразумия каждого из участников группы должно стать нормой.
6. Неудовлетворенность собой должна быть прочувствована, и нужно поддерживать в участниках желание изменить то поведение, которое к ней привело.

Большинство ведущих групп согласятся, что эти нормы желательно установить и поддерживать. Но вопрос состоит в том, каким образом этого достичь? Ответ очень прост, и он находится в области теории модификации и подкрепления поведения. Ведущий группы должен:

- A. Установить и подкреплять здоровые и функциональные нормы.
- B. Избегать, игнорировать и уташать нездоровые и дисфункциональные нормы.

С точки зрения Ялома, терапевт должен создать атмосферу и климат, способствующие изменению. Ведущий группы — это инженер, а группа — лаборатория для исследования и понимания

межличностных проблем, с которыми каждый участник приходит в группу. Только тогда, когда культура группы становится именно такой, последняя может быть использована как средство для изменения неадаптивного поведения каждого из участников.

В распоряжении терапевта имеется два готовых инструмента, или метода, для формирования групповых норм. Прежде всего, терапевт является техническим экспертом, который, будем надеяться, лучше понимает динамику и развитие поведения, как адаптивного, так и неадаптивного, чем члены группы. Благодаря профессиональному образованию, у терапевта имеется более свободный доступ к соответствующей информации, которая поможет ему или ей легко узнать патологическое поведение и определить, что же является здоровым и адаптивным поведением. Вторых, ведущий обладает преимуществом действия в качестве "образцового участника", благодаря своему особому положению в психотерапевтической группе.

Технический эксперт

Что Ялом имеет в виду, называя ведущего техническим экспертом? Участники автоматически приписывают ему определенные характеристики, из-за уже установленной роли, которой ведущий обладает. Например, для многих членов группы это может быть роль доброжелательного опекуна, а для других — роль авторитарного самодержца. Хотя многие формы групповой психотерапии (например, Тэвистокские группы) прежде всего заинтересованы в трансферентных реакциях членов группы на приписываемые ведущему характеристики, Ялома больше всего заботит взаимодействие участников между собой и создание терапевтической культуры группы. Вследствие этого, Ялом настаивает, чтобы ведущий группы использовал вес своего авторитета и опыта для установления норм, необходимых для хорошо функционирующей и эффективной терапевтической группы. Перенос и искажения переноса в отношении ведущего группы будут возникать постоянно, и их можно будет исследовать позже, когда ведущему будет более выгодно заняться этим. Хотя Ялом считает, что искажения переноса имеют терапевтическое значение, они вторичны по отношению к созданию соответствующего климата группы и обеспечению того, чтобы участники не были вынуждены оказаться в регрессивной позиции слишком рано.

Поэтому Ялом предлагает ведущему использовать приписанную ему роль технического эксперта для того, чтобы побудить участников группы взаимодействовать друг с другом, вместо того, чтобы направлять энергию на взаимодействие с ним. В качестве одного из способов воздействия на членов группы, Ялом предлагает обращаться к их здравому смыслу. Это прежде всего можно осуществить во время подготовительной первой сессии, которую каждый пациент должен посетить, прежде чем будет допущен в группу (см. Главу 3).

Тем не менее, несмотря на самые лучшие инструкции и детальные подготовительные меры, члены группы будут продолжать направлять свое внимание и энергию на ведущего. Поэтому Ялом советует применять более тонкие методы подкрепления, чтобы справиться с этой проблемой. Например, ведущий может похвалить тех участников, которые комментируют поступки других членов группы. Простое замечание типа “верно подмечено” посылает четкий сигнал другим участникам, что взаимодействие и обратная связь между членами группы является активно поощряемой нормой поведения. Ведущий также должен открыто выразить свое отношение к взаимодействию между участниками, постоянно спрашивая, почему во время сессии комментарии участников не относятся друг к другу. Он может также вслух интересоваться, почему комментарии направлены только в его адрес, и спрашивать у группы в целом, почему они отказываются говорить друг с другом. Отказ отвечать на вопросы, прямой либо косвенный — это другое средство организации взаимодействия участников. Невербальное поведение также является ценным инструментом, который часто поощряет членов группы напрямую разговаривать друг с другом. Например, ведущий может отворачиваться корпусом от того члена группы, который говорит лишь напрямую с ним, таким образом, посылая ему или ей четкий сигнал о том, что он не заинтересован в группе, сконцентрированной на своем ведущем. Если перевести взгляд участника от своих собственных глаз на глаза другого члена группы, это может привести к установлению зрительного контакта между двумя участниками, и таким образом поощрить диалог между ними, не ограничиваясь обменом мнениями между ведущим и членом группы. Обязанность научить пациентов взаимодействовать между собой, а не только с ведущим, входит в задачи последнего. Это — непростая задача, ко-

торая требует от него выполнения роли технического эксперта и постоянной подачи группе и ее участникам соответствующих сигналов различными способами, напрямую или косвенно. Климат терапевтической группы, соответствующий рекомендациям Ялома, может быть установлен только с помощью постоянных усилий терапевта, обучающего участников направлять свою энергию друг на друга.

Образцовый участник

Ведущий группы устанавливает нормы не только с помощью явной или скрытой социальной инженерии, но и с помощью примера, подаваемого собственным межличностным поведением в группе. Именно с этой точки зрения роль группового терапевта наиболее радикально отличается от его роли в индивидуальной терапии. Описание, которое дает Ялом ведущему группы как образцовому участнику, поднимает ряд важных вопросов в отношении нейтральной позиции ведущего и прозрачности его собственных чувств, установок и поведения в период установления терапевтических взаимоотношений в группе. Для того, чтобы терапевтическая группа осуществила свои потенциальные возможности, необходимо, чтобы она отказалась от социальных норм, которые руководят большинством межличностных взаимодействий. Например, нас всех в детстве учили быть вежливыми и не высказывать ничего, что может оскорбить другого человека, даже если его поступок или поведение совершенно очевидно этого заслуживает. Успешная групповая терапия требует, чтобы члены группы пробовали новые виды поведения и не боялись рисковать в рамках своего взаимодействия с другими участниками. Наилучший способ достижения этой цели — наблюдение за поведением ведущего группы и, до определенной степени, подражание и интернализация его поведения. Следовательно, то, что говорит ведущий, не столь важно, как то, что он делает. Или, как часто повторяют в группах АА, “научись делать то, что говоришь”. Например, члены АА очень четко распознают тех участников своей программы, которые говорят громкие слова о “хорошей программе”, но не выполняют того, что, как они говорят, должно быть сделано, или того, что они обещали сделать. Точно так же, то, как ведущий справляется со своими собственными тревогами, гневом и отчаянием, посылает ясный сигнал о том, как с этими эмоциями будут справлять-

ся участники группы. Короче говоря, как часто повторял Marshall McLuhan, “посланник и есть послание”.

То, что ведущий группы делает, и его или ее личностное присутствие в группе гораздо важнее, чем то, что он или она говорит. Это утверждение будет более понятно на примере. Мартин Бубер (1963), еврейский теолог и экзистенциальный философ, писал исключительно о еврейском мистическом движении хасидов. Например, в ортодоксальных иудейских традициях считается, как и в большинстве ортодоксальных дисциплин, что только посвященные и избранные имеют право толковать писание. С точки зрения ортодоксального учения, люди приходят к религиозному лидеру за советом, направлением, или за решением конкретной проблемы. То же происходит и с традиционным здравоохранением и ортодоксальными взглядами на психотерапию: пациент приходит к врачу за диагнозом, интерпретацией или советом по поводу того, как облегчить страдания. Совсем не так происходит у хасидов. А также в программе Анонимных Алкоголиков, и в рамках гуманистического движения Третьей Силы, которое возникло в шестидесятых годах в ответ на ортодоксальные формы психотерапии. Это изменение во взглядах отражает общую позицию как современных религиозных ревизионистов, так и современных форм психотерапии. Центральный вопрос — разница между традиционным авторитарным взглядом на толкование писания и движением реформации, требующим активного участия со стороны ученика, которому предлагается самому открыть Бога или Истину. Еще одним примером подобных взглядов является Гностическое движение в раннем христианстве, считавшее, что ученик находит истину самостоятельно. Популярная песня шестидесятых годов, написанная Джоном Прайном, запечатлела дух этой эры в следующих словах: “Перееду в деревню, куплю себе дом, сам все узнаю про Иисуса”. Этот дух поощрял личную ответственность в поисках собственного понимания, вместо того, чтобы полагаться на слепую веру. Примером индивидуальной интерпретации духовной истины также является реакция Анонимных Алкоголиков на традиционную медицину и авторитарные формы психотерапии, применяемые в лечении зависимости. Это то послание, которое Бубер передавал своим читателям путем толкования Хасидского учения. В рамках этой традиции религиозный лидер (цадик) обучает с помощью примера, а не через проповедь. Не существует эзотериче-

ских знаний, доступных лишь посвященным. Все просто, и каждый верующий может самостоятельно познать простоту учения. Цадик не является ученым или вместилищем религиозного учения и мудрости. Ключевым фактором являются взаимоотношения, так же как и в случае образцового участника группы, о котором пишет Ялом. Личность учителя занимает место доктрины. Он и *есть* учение. Как сказал ученик цадика, “Я иду к своему цадикку не для того, чтобы научиться у него Торе, но для того, чтобы посмотреть, как он завязывает шнурки на ботинках”.

При этом надо четко определить, чем именно и до какой степени ведущий хочет поделиться с группой. Когда Ялом говорит о прозрачности ведущего, он не предлагает вывалить перед участниками всю свою подноготную. Такой подход (“все или ничего”) обречен на провал и обычно является деструктивным для группы и ее членов. Откровенность ради самой откровенности — это фарс. Ведущий группы должен ограничивать выдаваемую им информацию о самом себе, и взвешивать это решение исходя из того, насколько откровенность и прозрачность с его стороны поможет или помешает группе. Участники должны понять этот базовый постулат в отношении честности, и ведущему следует быть настороже, не позволяя членам группы прятаться за правдивостью своих разрушительных нападок на других участников. Фраза “Я просто был честен” не является оправданием жестокого нападения или причинения боли другому. Как сказал Эрнест Курц (Ernest Kurtz (1983)), “Честность с дурными намерениями хуже лжи”. Ведущий должен научиться поддерживать равновесие между честностью и ответственностью. Следовательно, решение по поводу того, насколько прозрачным будет ведущий при ведении группы, принимается исключительно путем определения степени полезности некоей информации для группы и ее участников. Ведущий никогда не должен забывать, что группа существует не для того, чтобы он использовал ее для собственного блага или самолечения. Вопрос, которым ведущий группы всегда должен задаваться, прежде чем откровенно рассказать про себя — это «поможет ли моя откровенность участникам группы в данный момент?». Это можно лучше понять на следующем примере:

Билл — выздоравливающий алкоголик, стаж трезвости — три года. В начале четвертой встречи Билл рассказал группе, что

три года назад он сексуально приставал к своей шестилетней дочери во время одного из приступов беспамятства, вызванных алкоголем. Билл не собирался раскрывать группе эту информацию, и признание было вызвано тем, что другой участник открыто и откровенно заговорил о своем чувстве вины за прошлые деяния, совершенные под влиянием алкоголя. Признание Билла взорвалось, как бомба, и по его собственному смятению и смущению был понятно, что он увлекся своими чувствами и открыл группе больше, чем намеревался. Некоторые члены группы, сами дети родителей-алкоголиков, которые сексуально злоупотребляли ими в детстве, были особенно поражены смешанным чувством гнева и стыда, которое вызвал в них рассказ Билла. Поскольку стало очевидно, что группа растерялась и не знает, как ему ответить, ведущая группы, вместо того, чтобы позволить им бессмысленно бороться со своим дискомфортом, решила поделиться своими собственными чувствами. Она сказала: "Билл, я тронута твоей готовностью поделиться с группой такой неприятной и болезненной информацией. Это признание показывает, что ты научился доверять другим участникам, раз ты решился пойти на такой риск. Я знаю это по себе, твой рассказ вызвал у меня смешанные чувства, напомнив о сексуальных приставаниях ко мне моего собственного отца. Я не знаю, смогла ли бы я сама проявить мужество, которое ты проявил, рассказав нам о том, что случилось, но я рада, что ты рискнул". Сразу за этим отзывом, поступившим от ведущей, другие участники группы начали делиться с Биллом подобными чувствами, помогая ему проработать и избавиться от презрения к себе и огромного чувства вины, которые он таил в себе много лет. Этот случай также посылает ясный сигнал группе и другим ее участникам: «в этой группе можно поделиться глубочайшим и самым страшным секретом, и рассказчик не встретится с порицанием, осуждением или отчуждением». Такой реакцией ведущая группы избежала потенциально катастрофической ситуации, которая была бы разрушительна для Билла, так же как и для терапевтического климата в группе.

Как только Билл и другие участники почувствовали, что его секрет был принят с положительным пониманием, ведущая смог-

ла направить группу в сторону более негативных реакций в более структурированной и организованной форме. После того, как группа интегрирует этот опыт и достигнет положительного разрешения, ведущая сможет предоставить участникам больше свободы и меньше руководства в исследовании их реакций, если подобная ситуация повторится в будущем. Группе, благодаря решению ведущей о принятии активной и направляющей роли в создании позитивной нормы, не пришлось бесконечно барахтаться в сложной фазе развития до того, как группа стала достаточно стабильной и сплоченной, чтобы справиться с ситуацией.

Ведущий также должен моделировать неосуждающее принятие и понимание сильных и слабых сторон каждого участника. Интерпретация или конфронтация, подходящая для группы, достигшей сплоченности, может быть разрушительной и уничтожающей для нее же на ранних стадиях развития. Например, ведущий не хочет, чтобы участники считали, что раскрывать секреты группе небезопасно. Именно так могло получиться, когда Билл рассказал о своих сексуальных приставаниях к дочери. После длительного периода молчания участник группы может решиться раскрыть свой секрет. Ведущий имеет возможность выбрать форму ответа. Он может отреагировать заявлением, которое интерпретируется следующим образом: “Почему же ты нам не рассказывал об этом раньше?” С другой стороны, он может произвести прямо противоположный эффект, выразив вместо этого следующую мысль: “Похоже, теперь ты достаточно доверяешь группе, чтобы поделиться с нами этим”. В первом случае сигнал членам группы, скорее всего, вызовет у них реакцию опасения: “О, черт, у меня есть секрет, и если я сейчас прямо расскажу о нем, то на меня все накинутся. Я лучше промолчу”. Во втором случае группа понимает, что здесь можно свободно говорить о любом предмете, и они могут раскрыться тогда, когда они к этому готовы, не боясь порицания или наказания со стороны ведущего или других членов группы.

Межличностная честность и спонтанность

В задачи ведущего также входит моделирование межличностной честности и спонтанности. Если он не хочет создать группу, сконцентрированную на нем, или однонаправленную группу (все участники — любящие, или все — гневные), то эта задача становится крайне важной. Тем не менее, откровенность и спонтан-

ность должны быть уравновешены ответственностью. Ялом использует комментарий Виктора Франкла по поводу социальных проблем в Соединенных Штатах, чтобы более наглядно продемонстрировать это. Он говорит, что Статуя Свободы на Восточном побережье должна уравновешиваться Статуей Ответственности на Западном. Свобода откровенности и спонтанности становится возможной в терапевтической группе только тогда, когда она уравновешена чувством ответственности. Ведущий должен всегда взвешивать свои решения в группе, балансируя между полной спонтанной откровенностью и контролируемой структурированной ответственностью. Мартин Бубер, чьи работы значительно повлияли на Карла Роджерса и бесчисленных других теоретиков, много писал о тонкой грани ("narrow ridge") между точным, структурированным миром науки, и хаотичным, неточным миром религии и духовности. Работы Бубера отражают его веру в то, что психотерапевт должен быть не только аутентичной личностью, но и человеком, который живет в "священной неуверенности", сознавая то, что в мире ничто не абсолютно. Буберовское понятие тонкой грани — это ключ к пониманию доктрины, на которой построена его философия Я-Ты отношений. Именно через отрицание абсолютов Бубер пытался выразить свой собственный взгляд на понимание и знание.

«Я иногда объяснял друзьям свою точку зрения в виде "тонкой грани". Этим я хотел выразить, что я стоял не на широкой платформе системы, которая включает в себя серии уверенных суждений об абсолютном, а на тонкой, каменистой кромке между пропастями, где нет уверенности выразимого знания, но есть лишь несомненность встречи, которая остается нераскрытой». (Buber, 1955, стр. 184).

Для Бубера тонкая грань представляет собой баланс между хаосом неопределенности и точностью определенности, основанной на вере в абсолютное знание. Бубер видел трудности, связанные с каждой из этих крайностей. Вера в то, что у кого-то есть абсолютное знание, ведет к догматизму, грандиозности и потере духовности. Вера в другую крайность ведет к хаосу, нигилизму и гедонизму. Понимание тонкой грани в видении Бубера открывает путь к толкованию понятий Я-Ты отношений, бездны и "священной неу-

верности” его экзистенциальной философии. Оно также лишает ведущего группы того комфорта, который дает знание готовых формул и конечных ответов для разрешения проблем и дилемм пациента.

Как практикующий психотерапевт и человек, который проводит большую часть своего рабочего времени с пациентами в индивидуальной и групповой психотерапии, я каждый день вынужден сталкиваться с этой борьбой, ожидая появления следующего пациента. Я всегда чувствую волнение, иногда более сильное, чем обычно, в ожидании встречи с новым человеком. Что от меня потребуется сегодня? Смогу ли я как человек ответить на зов этого другого человека? Я борюсь со своим желанием контролировать этот час сессии, с желанием предоставлять ответы, давать краткую информацию и следовать готовым формулам, потому что я боюсь того, что может потребоваться от меня как человека, когда я рискну встретиться с другим человеком в уникальной и неопределенной ситуации. Я знаю, что найду комфорт в привычных формулировках, но понимаю, что должен следовать по Буберовской тонкой грани между спонтанностью и контролем. Я должен заново убедить и утвердить себя в вере во встречу двух душ, и позволить диалогу между нами идти своим путем.

Психотерапия в том виде, в каком она должна практиковаться, требует многого, возможно, в некоторых случаях даже больше, чем терапевт может дать в конкретной ситуации. Требования к ведущему группы настолько высоки, что мало кто может решиться полностью погрузиться в мир больных душ, как это ярко иллюстрирует Бубер:

«В некоторых случаях терапевт приходит в ужас от того, что он делает, потому что он начинает подозревать, что от него требуется что-то совершенно другое. Что-то несовместимое с экономикой его профессии, действительно угрожающее его регулярной практике. От него требуется извлечь конкретный случай из корректной методологической объективации и самому выйти из роли профессионального превосходства, достигнутой и гарантированной длительным обучением и практикой, и шагнуть в элементарную ситуацию между тем, кто зовет, и тем, кого позвали. Бездна не вызывает к его уверенно функционирующей безопасности действий, она вызывает

ет к бездне, то есть к самости доктора, той сущности, которая спрятана под структурами, созданными тренингом и практикой, той, которая сама окружена хаосом, знакома с демонами, но вознаграждена скромной силой борьбы и преодоления, и готова бороться и преодолевать снова. В том, что он слышит этот зов, прорывается, в наиболее обнаженной форме среди всех интеллектуальных профессий, кризис ее парадокса. В решающий час, вместе с пациентом, доверенным и доверившимся ему, он покидает закрытую комнату психологического лечения, в которой аналитик правит посредством систематического и методологического превосходства, и делает с ним шаг вперед, в атмосферу того мира, где самости открыты друг другу» (Vuber, 1964, стр.395).

Такое состояние требует от ведущего, чтобы он перестал нуждаться в том, чтобы производить впечатление совершенства. Он должен быть готов принять и признать свою способность ошибаться. Несколько примеров помогут более четко отразить это.

На четвертой встрече психотерапевтической обучающей группы одна из ее участниц выступает против ведущего, обвиняя его в том, что он контролировал группу, подавлял ее и оставался отчужденным во время предыдущих сессий. Это первая конфронтация с ведущим, и на какой-то момент в комнате воцаряется изумленная тишина, а все остальные участники группы еле сидят на стульях, ожидая реакции на это нападение. Ведущий быстро принимает решение спросить у девушки, не похожа ли эта реакция на ее восприятие своего отца и взаимоотношения с ним. Участница, пораженная неожиданным ответом и несколько обрадованная возможностью разрешить конфликт между собой и ведущим, быстро признала справедливость этого предположения. С помощью терапевта она начала исследовать свои чувства в отношении своего отца и своих взаимоотношений с ним. Хотя интерпретация ведущего была вполне корректна, и ее отец обладал именно такими качествами, участница все же была точна в своем восприятии терапевта, так как он на самом деле вел себя отчужденно и контролирующе. Своим поступком он группы служил скорее своим собственным интересам и стра-

хам, переключив внимание участницы на исследование ее прошлых взаимоотношений с отцом. Это позволило ему отвести огонь от себя, укрепляя его позицию собственной непогрешимости. Вместо того, чтобы углубляться в “там и тогда”, с терапевтической точки зрения было бы гораздо полезнее позволить участнице полностью выразить свое восприятие ведущего и свои чувства к нему. После того, как эти чувства были бы полностью исследованы в плоскости “здесь и сейчас”, терапевт мог бы подвести ее к пониманию того, почему у нее возникла такая сильная реакция на человека, обладающего этими качествами, в особенности, если этот человек является авторитетной фигурой.

Применяя стратегию “здесь и сейчас”, ведущий дал бы понять участникам группы, что он не является совершенством, что у него есть качества, которые не всегда полностью достойны восхищения, при этом показывая, что он может принять в себе эти недостатки и готов признаться в них перед другими, без страха и не занимая защитную позицию. Таким образом, члены группы получили бы мощный сигнал. Они поняли бы, что тоже не обязаны быть безупречными, и они, так же, как и другие, обладают правом иметь недостатки, которые не влияют на их способность поддерживать счастливые и значимые взаимоотношения с другим человеком. Они также поняли бы, что конфронтация с ведущим вполне возможна, и что ее можно конструктивно разрешить.

Еще один пример признания ведущим своей подверженности ошибкам и последующего положительного эффекта на прогресс группы связан с гештальт-терапевтической группой, которую проводил Эрв Полстер (Erv Polster).

Однажды я принимал участие в обучающей группе, которую он проводил. Эрв пытался разобраться в трудностях одного из участников, который не решался сделать предложение своей девушке. Действуя в рамках гештальт-подхода, Эрв предложил мужчине перечислить все аргументы в пользу того, чтобы жениться на этой девушке. Ведущий постоянно подталкивал участника к тому, чтобы тот постараться понять, почему же он отказывался на ней жениться, и в конце концов участник заявил Эрву, что тот ведет себя как еврейская

мамочка, пытающаяся женить его на этой женщине. Эрв был несколько удивлен таким заявлением, он остановился и спросил, почему участник так отреагировал. Тот перечислил все подбадривающие замечания, высказанные Эрвом. Минуту поразмыслив, Эрв засмеялся и сказал: “А знаете, вы правы!” Дело было сделано, и группа засмеялась вместе с ним, восхищаясь человеком, который смог признать, что был неправ, и изменить свой образ мысли, столкнувшись с доказательствами ошибочности своей позиции. Этот случай многому научил всех участников группы.

Установление групповых норм

Теперь, после рассмотрения вопроса о том, каким образом ведущий должен устанавливать нормы работы в группе, он должен понять, какие именно нормы он или она хочет установить.

Первое и самое главное — это установить норму группового самомониторинга. Если этот вопрос не решить, группа будет ориентирована на ведущего, зависима и пассивна. Ведущий должен направлять свою энергию на то, чтобы группа рефлексировала и оценивала сама себя. Ялом приводит пример того, как ведущий может отреагировать на то, что группа провела полчаса в поверхностной болтовне или была монополизирована участником группы, который продолжает бесконечный разговор, ведущий в никуда.

Ялом предлагает ведущему помочь группе рассмотреть свои действия, ставя перед участниками вопросы об их пассивности. Например, он может сказать: “Я вижу, что прошло уже полчаса, и чего группа достигла сегодня? Удовлетворен ли каждый из вас содержанием и направлением сегодняшней работы? Если нет, почему вы ничего не сказали? Что бы вы могли сделать по-другому? Что помешало вам действовать? Как вы оцениваете сегодняшнюю работу группы по шкале от одного до десяти? Как бы вы оценили собственное участие по такой же шкале? Что позволило бы группе заработать больше баллов или что бы вы сами могли сделать, чтобы заработать больше баллов?”

Каждый из этих вопросов и утверждений подталкивает группу и ее участников к самоанализу. Цель каждого из этих вопросов состоит в том, чтобы переместить функцию оценки от ведущего к участникам группы.

Норма самораскрытия

Хотя самораскрытие является ключевым фактором в развитии правильно функционирующей группы, ведущий должен позволить участникам определять свой собственный темп. Но, в то же время, ему следует поощрять участников рассказывать о себе. Группа может зайти лишь так глубоко и так далеко, как ее самый закрытый и замкнутый участник. Каждый член группы раскроет себя до определенного предела, а затем подождет, пока другие присоединятся к нему в атмосфере "взаимной уязвимости". Наиболее закрытого участника, обычно сдерживающего себя из-за страха возможной реакции других на его сообщение, придется мягко поощрять к рассказу о его секрете, которым он рано или поздно поделится, когда будет к этому готов. Ему надо, тем не менее, сказать, что чем дольше он ждет, тем труднее ему будет поделиться своим секретом. Большой секрет (ведь в каждой группе есть по крайней мере один участник, у которого есть по крайней мере один большой секрет) похож на паутину, в центре которой находится секрет, и все разговоры напоминают нити, которые могут привести к центру. Чем больше участник группы боится раскрыть свой большой секрет, тем более сдержанным он будет в своих разговорах на другие темы, потому что он будет бояться, что эти разговоры могут потянуться к той ниточке, которая ведет к узелку в центре паутины, где и сидит его большой секрет.

Ялом напоминает своим читателям, что группа не представляет собой принудительной исповедальни, и участников никогда нельзя заставлять раскрыть их большой секрет. Большинство участников опасаются реакции группы, и их катастрофические страхи и убеждения необходимо исследовать, прежде чем они раскроются. Это можно осуществить с помощью очень простого, но эффективного метода, который Ялом называет метараскрытием, то есть раскрытием о раскрытии. Например, участник группы может неожиданно замолчать после того, как он какое-то время свободно говорил в группе, и даже открыто признать при этом, что на эту тему он больше говорить не может. Вместо того, чтобы настаивать на разговоре или сдаться, ведущий может спросить у участника о природе того катастрофического страха, который мешает ему раскрыться. "Чего вы боитесь, что может случиться, если вы заговорите с группой на эту тему? Как вы думаете, кто отреагирует наи-

более резко, а кто, вы считаете, лучше всего вас поймет? Что самое худшее из того, что может случиться, если вы поделитесь этой информацией с группой?" Все эти вопросы направлены на то, чтобы помочь участнику исследовать природу собственного сопротивления. В терминологии гештальт-подхода это называется движением за сопротивлением и часто является сутью гештальт-терапии. Участника группы поощряют исследовать свои страхи, как рациональные, так и иррациональные, связанные с его нежеланием раскрываться. Группа может даже продвинуться еще дальше в рамках метараскрытия, спросив участника группы, что он думает по поводу невозможности поговорить на эту тему с группой, и является ли его чувство изоляции болезненным или привычным. Вопрос чувств, связанных с этими страхами, становится фокусом работы с участником группы и обычно является гораздо более важным и значимым, чем тот секрет, который он так боялся раскрыть. На самом деле, ведущий должен быть осторожным в своем исследовании сопротивления членов группы самораскрытию, поскольку, если выманить у участника преждевременное признание, то в группе установится негативная норма. Можно значительно повредить безопасности и доверию в группе, если ведущий нарушит право участников группы воздерживаться от преждевременных признаний, и затем будет толкать участников к самораскрытию до того, как они будут готовы поделиться своими секретами.

Метараскрытия также могут быть использованы после того, как участник группы раскрыл свой секрет или открыл группе некоторые свои ранее скрываемые стороны. Ведущий может спросить участника, что он почувствовал, когда раскрыл свой секрет группе. Его также можно побудить исследовать свои страхи в отношении каждого конкретного участника группы, помогая ему модифицировать свою систему катастрофических ожиданий и понять, что он не так ужасен и отвратителен, как он сам думал до этого. Как ведущий, в ответ на первое самораскрытие участника я подчеркну тот риск, на который он пошел, и помогу ему подтвердить несостоятельность его ужасных ожиданий. Например, я могу сказать следующее:

«Мэри, сегодня ты пошла на значительный риск, открыв группе эту информацию, и я рад видеть, что теперь ты нам доверяешь достаточно, чтобы поделиться таким болезненным

опытом. Я знаю, что ты боишься осуждения со стороны других участников, потому что твои родители были очень критичны и унижали тебя. Я бы хотел, чтобы ты вспомнила те ответы, которые ты сегодня услышала от других участников группы, и поняла, что они не думают о тебе хуже из-за того, что ты нам рассказала. Напротив, если ты посмотришь на их лица, ты увидишь больше заботы и понимания, чем до того, как ты поделилась этим. Твой страх неприятия и самораскрытия привел к тому, что ты построила стену вокруг себя, которая держала людей на расстоянии, создавая то самое неприятие и критику, которых ты больше всего боялась».

Ялом больше озабочен самим процессом раскрытия, чем его содержанием. В его модели гораздо больше внимания обращается на проработку тормозящих процесс страхов и на развитие климата принятия и выражения чувств в группе. Это — ключ к модели Ялома. Климат и атмосфера превалируют над интервенциями, конфронтациями и исследованием сопротивления.

После того, как самораскрытие произошло, участника никогда нельзя порицать за него. Еще более важно не допускать “боев без правил” между членами группы. Зачастую, в пылу борьбы, нападая, один участник может использовать материал, чувствительный для другого. Например, в случае с Биллом, который рассказал группе о своих сексуальных приставаниях к собственной дочери в бессознательном состоянии под воздействием алкоголя, участник группы может использовать этот материал против Билла в ходе конфронтации и заявить: “Какое ты имеешь право меня критиковать, я, по крайней мере, никогда не приставал к своим детям!” В такой момент ведущий должен остановить процесс, быстро вмешаться в конфликт и сказать: “В этой группе сейчас произошло важное событие”. Необходимо спросить оскорбленного участника о его или ее чувствах, и спросить других участников, были ли у них подобные случаи, когда их откровения использовались против них с целью порицания. Подтолкните других участников группы к разговору об их реакциях на конфликт. Объясните группе, что это нападение сделает признание более сложным для других. Исследуйте, как этот конфликт повлияет на группу и ее желание быть откровенной и открытой в дальнейшем. В такой момент задача ведущего состоит в том, чтобы убедиться, что группа поняла:

в этой группе к самораскрытию относятся с уважением, и ведущий примет меры, чтобы предотвратить негативное использование ранее раскрытого материала. В этой группе “бои без правил” не разрешаются.

Этот вопрос важен по многим причинам. Люди обычно опасаются быть аутентичными и проявлять свою истинную натуру. Большинство людей, в особенности алкоголики и наркоманы, не хотят занимать аутентичную позицию в жизни из-за своего страха вызвать неприятие или антипатию. Мне все равно, если ты меня не примешь или не будешь меня любить из-за того, что ты обо мне думаешь. Но если я такой, какой я есть, и ты меня по-настоящему узнаешь, а потом все равно оттолкнешь, это гораздо страшней и больней. Следовательно, в нашем взаимодействии с другими людьми мы все используем то, что Беднар (Bednar (1985)) называет менеджментом впечатления. Мы пытаемся решить, что именно поможет нам добиться одобрения, и действуем именно таким образом. Сложности, связанные с таким искусственным подходом к жизни, лучше всего обобщил Курт Воннегут: “Нужно быть очень осторожным с тем, кем ты притворяешься, потому что однажды утром ты можешь проснуться и обнаружить, что ты именно этим и стал”.

В группе задача состоит в том, чтобы помочь людям рискнуть стать самими собой перед другими, с тем, чтобы их любили и принимали за то, какие они есть на самом деле, а не за то, что они делают или как они себя ведут. Это поможет им отказаться от своего интроекта (“Если бы ты знал, какой я на самом деле, ты бы меня не любил, потому что я плохой”). Группа, которая поощряет откровенное самораскрытие и принимает это самораскрытие, позволяет участникам понять, как их интроекты препятствуют их способности быть любимыми и доставлять другим удовольствие от общения. Участники группы постепенно научатся понимать, каким образом они закрываются от значимых взаимоотношений, и то, как их негативное самовосприятие ведет к постоянным ошибкам в выборе любимых и друзей. С помощью этого понимания они также научатся видеть, как они сами усугубляют свои трудности. Будучи аутентичными с другими, они пройдут через коррективный эмоциональный опыт, который позволит им создать истинное ощущение самих себя и повысит их самоуважение. Группа, проводимая в таком ключе, способствует восстановительным работам

над самоощущением пациента. Цель лечения состоит в том, чтобы участники получили доступ к собственным внутренним сигналам, самооценке и способам, которыми они сами себя осуждают. Если поощрять участников быть более искренними в группе, они будут чувствовать себя менее обманчивыми, менее фальшивыми, и постепенно займут аутентичную позицию в жизни. На этом этапе они усвоят важнейшее послание: “Я чего-то стою, даже если я буду самым собой”.

Процедурные нормы и антитерапевтические нормы

В оптимальном варианте, чем более неструктурированно, спонтанно и свободно возникают взаимоотношения в группе, тем более она будет эффективна. Тем не менее, ведущий должен быть осторожен, определяя, насколько неструктурированной и спонтанной будет группа. Если он не будет достаточно активен, и не будет в достаточной степени задавать направление, то группа дегенерирует до определенного набора антитерапевтических норм. Такие нормы легко установить, но зачастую трудно отменить, если оставить их без внимания на длительный срок. Ниже приводятся некоторые из выведенных Яломом наиболее распространенных и проблематичных антитерапевтических норм, которые могут возникнуть в группе:

А. Формат очередности. На занятии время уделяется по очереди каждому из участников группы. Первый, кто заговорит, например, станет фокусом всего занятия. Группе будет невероятно сложно переключить внимание с одного человека на другого. Это может стать особенно проблематичным по двум причинам. Прежде всего, такой подход стимулирует преждевременное самораскрытие. Участник группы, ставший фокусом сессии, будет все больше и больше поддаваться нарастающему давлению группы, что приведет к тому, что он будет вынужден раскрыться больше, чем он готов. Человек, таким образом, подвергается эмоциональному изнасилованию. Вторая опасность — это повышение тревожности других членов группы, когда они поймут, что очередь в группе подходит к ним. Тревожность и страх может возрасти до такой степени, что участник уйдет из группы, лишь бы не принимать на себя огонь на следующей встрече.

В. Формат одной темы. В группе может установиться привычка посвящать все занятие первой представленной теме или проблеме. Может установиться негласное правило против перемены темы, с соответствующими санкциями, о которых открыто никто не заявляет.

С. Формат “А ты так можешь?” В группе может установиться норма, когда члены раскрываются только в том случае, если их материал более личный или эмоционально напряженный, чем раскрытие предыдущего участника. В группе может развиваться то, что Ялом называет “нарастающей оргией самораскрытия”. Группа должна понять, что тонкие, зачастую скрытые линии их поведения часто являются гораздо более мощным источником конфликта, чем вываливание всей подноготной перед лицом группы.

Д. Группа может стать такой сплоченной, что она будет враждебна по отношению к новым участникам. Если ведущий не будет осторожен, появление новых участников в группе может привести к конфликту, в результате которого группа их не примет. Необходимо очень внимательно относиться к задаче подготовки группы к появлению новых участников. В Главе 11 более подробно говорится о ловушках, которых надо при этом избежать.

Е. Группа, ориентированная на ведущего. Группа может начать идеализировать ведущего. Их нужды станут подчиненными по отношению к нуждам ведущего, и группа будет ориентированной на него и зависимой.

Е. Однобокий опыт. Группа может стать одномерной: все — любящие или все — нападающие. Истинная интимность будет утеряна, и группа установит такие нормы, которые не позволят полностью выражать весь спектр чувств и мыслей.

Важность группы

Чем более важной считают группу ее участники, тем более эффективной она будет для их лечения. Ведущий должен понимать значимость этой позиции и закреплять это убеждение всеми доступными ему средствами. Для того, чтобы группа продолжала существовать, необходимы два элемента: (1) Структура или цель, и (2) Приверженность цели. Ведущий должен определить структуру и цель группы до того, как начнутся занятия. Как только начнутся сессии, он должен дать понять участникам, что группа является самым важным событием в их жизни. Он достигает этого с по-

мощью собственной пунктуальности, а также заранее сообщая о своем беспокойстве в связи с возможностью отсутствия участника на одном из занятий группы. Ведущий постоянно должен обращать внимание на отсутствие на занятии группы одного из участников, требуя от них заранее объяснять группе, по какой причине их не будет на сессии. Если ведущий думает о группе между занятиями, то ему следует рассказать об этих мыслях участникам группы. Этот рассказ о мыслях между сессиями помогает почувствовать непрерывность работы. Поощрение такой преемственности позволяет группе прорабатывать определенные вопросы от занятия к занятию. Ведущий должен стараться поддерживать эту непрерывность, пользуясь каждой возможностью. Например, если один из членов группы поднимает вопрос, схожий с проблемой, обсуждаемой другим участником, то ведущий может сказать: “Это звучит очень похоже на то, над чем работал Джон на сессии две недели назад”. Очень полезно может быть замечание об отчужденности или изменении в установке одного из членов группы, если это явление можно проследить до какого-либо прошлого события в группе. Например, ведущий может заметить в адрес ушедшего в себя участника: “Мери, я заметил, что ты стала очень тихой после того, как у вас с Джоном вышла размолвка две недели назад”.

Участники в качестве помощников

Как считает Ялом, группа лучше всего функционирует тогда, когда ее участники понимают значение той помощи, которую они могут оказать друг другу. Группа должна научиться ограничивать свою зависимость от ведущего как от единственного источника помощи. По мере возможности поощряйте взаимопомощь членов группы. Простым вопросом легко вызвать поощрительные замечания, которые помогают участникам, например: “Ты услышал много комментариев на эту тему, Боб, что тебе помогло больше всего?” Если участник задает вопрос, не слишком ли он эгоистичен, то вы можете ответить ему вопросом: “Кен, здесь присутствует много людей, которые хорошо тебя знают, почему ты не спросишь у них?”

После того, как нормы установлены, их нужно постоянно поддерживать. Для этого необходимо наблюдать за поведением, которое может подорвать эти нормы. Например, один член группы может ответить другому следующим замечанием: “Джо, ты не имеешь права с ним так разговаривать, ты еще хуже, чем он”. Ведущий

должен быстро вмешаться и сказать: “Я бы про тебя этого не сказал, Джо, хотя у нас у всех могут быть подобные проблемы, твои замечания обычно бывают очень полезными”. Спросите у других участников группы об их восприятии Джо. Как они считают, его замечания помогают или вредят? Как только этот вопрос будет решен, ведущий может обратить свое внимание на нападающего участника: “Похоже, все остальные члены группы по-другому воспринимают слова Джо. Может быть, в твоих чувствах по отношению к Джо есть еще что-то?”

Ялом считает, что ведущий должен играть в группе активную и направляющую роль. Его рекомендации не ограничиваются неосуждающими, отражающими или уточняющими замечаниями, которые обычно ассоциируются с задачами терапевта в индивидуальной терапии. В модели Ялома важность установления норм в группе превалирует над другими аспектами роли ведущего. Жизненно важно, чтобы он установил, поддерживал и развивал нормы, которые будут способствовать развитию терапевтического процесса в группе. По мере установления этих норм, ведущий может обращаться к третьей основной задаче терапевта, которую Ялом определяет как активацию и освещение процесса “здесь и сейчас”.

Активация и освещение процесса “здесь и сейчас”

В чем состоит задача ведущего в этой перспективе? Он должен добиться, чтобы участники группы концентрировались на своих сиюминутных чувствах и мыслях, касающихся других участников, ведущего и группы в целом. События, непосредственно происходящие в группе, превалируют над событиями прошлой или текущей жизни каждого участника за пределами группы. События, происходящие “здесь и сейчас” в группе, становятся основным фокусом внимания ведущего.

Почему Ялом поддерживает эту установку и в чем состоит преимущества фокуса “здесь и сейчас”? Такой терапевтический подход стимулирует развитие и окончательное образование социального микрокосма каждого из участников. Как ведущему, вам не придется подталкивать их к разговорам об их межличностных конфликтах, сомнениях или страхах. Эти проблемы проявятся в рамках их взаимодействия с ведущим и другими участниками. Человек, который отчужденно ведет себя в обычной жизни, будет

отчужденно вести себя и здесь. Человек, который позволяет собой пользоваться в обычной жизни, позволит пользоваться собой и участникам группы. Люди, которые не выносят гнева, будут испытывать затруднения в группе, столкнувшись с гневной реакцией одного из ее членов. Психологическая Ахиллесова пята каждого из участников группы проявится и будет видна всем, когда они продемонстрируют свое поведение в “здесь и сейчас” группового процесса. Группа, с этой точки зрения, является лабораторией, социальным микрокосмом, в котором каждый отдельный участник выражает свои личные идиосинкратические конфликты “здесь и сейчас” (а не говорит об этом, как о “там и тогда”).

Как только ведущий нащупает “что и почему” внутреннего конфликта каждого из присутствующих, он или она должны привести в движение лечебный процесс в группе. Как выполнить эту задачу? Подход ведущего не должен быть историческим. Он должен отвлечь внимание от того, что происходило вне группы и от прошлого личного опыта каждого участника. “Здесь и сейчас” является силовым узлом группы и состоит из двух слоев.

1. Содержание — чувства, испытываемые группой и ее участниками в настоящий момент.
2. Процесс — рефлексующее изучение и последовательное прояснение, или освещение, того, что произошло.

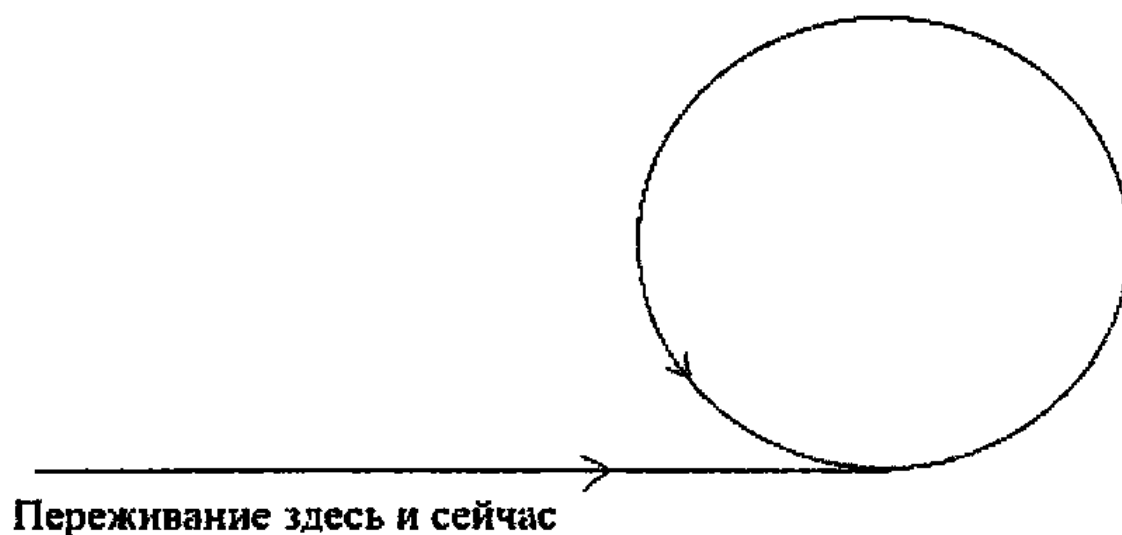
Следовательно, модель Ялома предусматривает два этапа. Сначала необходимо понять содержание события. Все члены группы должны понять и признать опыт непосредственного возникновения событий. Затем необходимо понять последовательный процесс событий. Группа должна, рефлексировав, понять механизм собственных действий. Таким образом, группа должна переступить пределы самого события и рефлексировать по поводу процесса, который привел к этому событию. Процесс, например, исследует причины, почему Джо ответил Мэри, а не Биллу, в определенный момент и определенным образом. Почему Люсиль отвечает только мужчинам, когда в группе задается вопрос, и почему она не отвечает тем членам группы, которые больше всех готовы прийти на помощь? Почему Шэрон высказывает такое общее широкое замечание, как “Я доверяю всем”, в то время, когда Сандра говорит о своем страхе перед порицанием? Эти вопросы являются примером освещения процесса, и Ялом считает, что ведущий должен постоянно наблюдать за этим. Приверженность этой позиции объ-

ясняется тем, что психопатология пронизывает межличностные отношения. Единичный поступок выражает общую линию поведения. Один пример взаимодействия позволяет ведущему увидеть целое.

Понимание “здесь и сейчас” основывается на петле саморефлексии. В рамках этого образа, группа рефлексировует на основании содержания опыта “здесь и сейчас”. В основном ведущий отвечает за то, чтобы направить группу к петле саморефлексии, чтобы группа осознала процесс (или “что и почему”) отдельного события (см. Рис. 4.1). Группа начинает отдавать себе отчет в этом процессе благодаря комментариям ведущего по процессу. Следовательно, комментирование процесса входит в его обязанности, для того, чтобы реализовать этот потенциал.

Рис. 4.1

Петля саморефлексии



Комментарий по процессу, в свою очередь, требует понимания мета-коммуникационных аспектов определенного сигнала. Как говорит Ялом,

«Метакоммуникация относится к коммуникации о коммуникации. Сравните, например, следующие фразы: “Закрой окно!”, “Ты бы не хотел закрыть окно? Ты, должно быть, замерз?”, “Мне холодно, ты не мог бы закрыть окно?”. Каждое из этих выражений содержит гораздо больше, чем простую просьбу или команду. Каждое содержит в себе метакоммуникацию — сигнал о природе взаимоотношений между двумя взаимодействующими лицами» (Стр. 122-123, 1975).

Ведущий должен понять, почему данный участник группы делает подобное замечание в адрес именно этого участника и именно в такой манере. Процесс имеет отношение к “как и почему” межличностного общения. В своем тексте Ялом приводит замечательные примеры освещения процесса. Например, он рассказывает о студенте, который задал вопрос преподавателю: “В каком году умер Фрейд?” После того, как преподаватель сказал, что Фрейд умер в 1939 году, студент сказал: “Нет, это было в 1938 году”. Как говорит Ялом, вопрос уже не вопрос, если ты знаешь на него ответ. Почему студент задал вопрос, на который он уже знал ответ? Подразумевается, что он хотел либо продемонстрировать свое знание, либо смутить преподавателя. Освещение процесса в группе основано на том же принципе. Ведущий должен постоянно контролировать последовательность взаимодействий, замечая, к кому и когда они направлены. Ялом приводит и другой пример:

В начале сессии терапевтической группы Берт, цепкий, похожий на бульдога, напряженный студент, воскликнул, обращаясь к группе в целом и к Розе (простодушной косметичке, интересующейся астрологией) в частности: “Быть родителем — значит дегradировать!” Это провокационное замечание вызвало бурную реакцию группы, у каждого участника которой были родители, а многие сами были родителями, и последовавший за этим гвалт занял все оставшееся время сессии. (Стр. 123, 1975).

Если рассмотреть событие только с точки зрения содержания, участники затеяли с Бертом дискуссию на тему отцовства и материнства. Если рассмотреть это с точки зрения процесса, такое взаимодействие богато предположениями в отношении Берта и его взаимоотношений с группой и ее членами. Ведущий может задать себе ряд вопросов в отношении процесса этого взаимодействия. 1. Почему Берт направил свое замечание в адрес Розы, которая более эмоциональна, менее интеллектуальна, и у которой много детей? 2. Почему Берт настолько нетерпим к малообразованным людям? 3. Почему Берт напал на Розу не прямо, а косвенно? 4. Почему Берт спровоцировал группу и подставил себя под нападение со стороны всех остальных участников?

Как предполагает Ялом, все эти наблюдения могут быть правильными, поскольку каждое из них отражает определенный аспект личности Берта, который необходимо исследовать и изучать в ходе терапии.

Терапевтические техники для “здесь и сейчас”

Процесс «просветления» может произойти только в том случае, если ведущий помогает группе сконцентрироваться на “здесь и сейчас”. Это может быть сложной задачей, поскольку группа, разнообразными и скрытыми способами, всегда будет пытаться сместить фокус от непосредственно происходящих событий к “там и тогда”. Когда в группе поднимается вопрос о событии, не связанном с группой, ведущий должен задать вопрос, каким образом это событие может быть связано с невысказанными и зачастую подсознательными волнениями в группе в целом и у каждого ее участника. Ведущий должен спросить себя, каким образом этот материал относится к настоящему и как это событие может быть оживлено “здесь и сейчас”. Пример поможет пояснить этот момент:

На первой встрече обучающей психотерапевтической группы Том начал занятие с того, что попросил помощи у членов группы в его проблеме с соседом. Том подробно рассказал о своем недоверии в отношении друга и о своем страхе перед открытым разговором с этим соседом по поводу тех проблем, которые вызвали настоящее недоверие. Сначала группа ответила Тому своими советами, а затем начала рассказывать о своих собственных проблемах с друзьями, которые подвели их в прошлом, когда они доверили им конфиденциальную информацию. В этот момент ведущий напомнил группе о важности вопроса доверия и спросил участников, испытывают ли они этот страх в отношении группы и ее членов. Группа быстро перевела фокус внимания с доверия “там и тогда” и начала исследовать свои чувства доверия “здесь и сейчас” по отношению друг к другу. Последовала плодотворная дискуссия, которая привела к углублению взаимообмена ожиданиями между членами группы в отношении реакции других в случае, если они им доверятся с открытым и откровенным выражением своих глубочайших чувств и страхов. Как только тема доверия перешла в плоскость “здесь и сейчас”, она за-

няла все оставшееся время сессии. Перед тем, как завершить встречу, ведущий спросил Тома, полностью ли они обсудили его проблему, связанную с соседом. Том признал, что на самом деле проблема была не в соседе, и понял, что его тревога была прежде всего связана с группой.

Признание Тома иллюстрирует важный принцип психотерапии. Вопрос, который ведущий должен постоянно задавать самому себе — это «почему пациент, из всех возможных тем, на которые можно говорить, выбрал именно эту, и заговорил о ней именно в этот момент?». В жизни человека произошла сотня важных событий со дня последней сессии группы. Почему из всех событий, произошедших на прошлой неделе, Том выбрал именно вопрос доверия и свой страх открыто заговорить о недоверии? Хотя Том не отдавал себе отчета в причинах, по которым он решил заговорить о своем друге, подсознательно материал был связан с подобной атмосферой страха и недоверия в группе. Вопросы доверия по отношению к другу и доверия в группе были параллельными в жизни Тома. Группа вызвала в Томе эмоции, которые были связаны с его соседом. Он выбрал тему, которая была наиболее важной в его сознании, но была вторична по отношению к реальным событиям здесь и сейчас. Ведущий должен научиться прислушиваться к такому параллельному разговору. Проведение параллелей между событиями, которые человек решает сделать предметом обсуждения, и событиями «здесь и сейчас» позволит ведущему приоткрыть занавес над возможным подсознательным материалом, который подавляется.

Основой этого терапевтического приема является признание важности подсознательных факторов во всех формах коммуникации. Эта позиция подразумевает, что очень важный компонент эмоциональной дисфункции лежит полностью вне сознания человека, выражаясь только в замаскированной или закодированной форме. В основе этого подхода находится понимание бессознательных сигналов, подаваемых человеком, то есть его или ее закодированные или замаскированные послания. Таким образом, для ведущего очень важно оценить и быть способным полностью применить тот процесс слушания, который позволит правильно расшифровать и понять основное значение бессознательных проявлений участников группы. Рональд Лэнгс (Ronald Langs (1976))

создал сложную модель, которую он называет процессом слушания, или коммуникативным подходом. Лэнгс советует терапевту дифференцировать манифестное и латентное содержание сообщения пациента. Манифестное содержание — это поверхностное содержание ассоциаций человека. Такое сообщение является прямым, непосредственным и самоочевидным, то есть представляет собой то, что человек говорит и имеет в виду. Латентное содержание — это то, что не является очевидным в поверхностном содержании сообщения, а содержится в нем в замаскированной или зашифрованной форме. В задачи ведущего входит расшифровка этого латентного сообщения и превращение его в манифестацию. Поскольку материал часто представляется в замаскированной форме (например, беспокойство Тома в отношении доверия к соседу), ведущий должен прислушиваться к дериватам участника. Термин «дериват» был изначально придуман Фрейдом, и означает то, что манифестное содержание (недоверие Тома по отношению к соседу) является производной (дериватом) от латентного образа (страх и недоверие Тома по отношению к группе).

Терапевтам и ведущим групп тяжело дается обработка и расшифровка производных проявлений. Это происходит по ряду причин: 1. Большинство людей предпочитают работать с очевидным материалом, который находится на поверхности и которым сравнительно легко манипулировать. 2. Люди обычно склонны отрицать существование всего, что нельзя напрямую увидеть, потрогать, немедленно понять и обработать. Идея о том, что поверхностный материал содержит латентные значения и впечатления, которые нельзя мгновенно различить, является чуждой для многих терапевтов. 3. Возможно, важнее всего то, что производные ассоциации человека часто скрывают сильно эмоционально заряженные и непреодолимо закодированные восприятия ошибок терапевта, его личных трудностей и недостатков.

Даже самые опытные терапевты могут стать жертвой своего бессознательного желания избежать этих дериватов, потому что они могут иметь конфликтное и критическое содержание. Замечательный пример такого варианта связан с квалифицированным групповым психотерапевтом, который преподавал на национальном обучающем семинаре, проводимом для большой группы медсестер. Семинар проводился в сельской местности. Преподаватель обладал замечательными рекомендациями от высокоуважаемо-

го института психоанализа и имел успешную практику, неотъемлемой частью которой была групповая психотерапия. Однодневный семинар был разделен на две части. Первая часть содержала замечательную дидактическую презентацию теории психодинамической группы, а вторая часть включала в себя демонстрацию эмпирической группы, состоящей из добровольцев из числа участников. Именно во время эмпирической части презентации преподаватель поддавался бессознательным усилиям избежать производных ассоциаций из-за их напряженного эмоционального содержания. Группа сопротивлялась его усилиям помочь им уйти от изначальной темы, связанной с их гневом, раздражением и отчуждением по отношению к ортодоксальной и фундаментальной религии. Поскольку большинство медсестер, принимающих участие в конференции, были из маленьких сельских городков на Юге, они имели значительный опыт общения с фундаменталистскими религиозными верованиями, которые были непрактичны и неприменимы в их жизни.

Ведущий не смог оценить эффект, который его великолепная дидактическая презентация произвела на публику. Его акцент на Фрейда, психодинамическую теорию и долгосрочную психотерапию, и связанная с этим тема перевода бессознательного в сферу сознания вызвала знакомое чувство раздражения, испытываемое ими в отношении фундаментальных религиозных учений, с которыми они сталкивались в жизни. Невозможность применить такие фундаментальные религиозные принципы практическим образом в реальной жизни стала манифестным содержанием их сообщения преподавателю. Дериваты этого сообщения были вызваны их латентным, бессознательным чувством раздражения, связанным с непрактичностью фрейдистских принципов долгосрочной психотерапии в краткосрочных лечебных учреждениях, где лежали пациенты с не слишком психологическим складом ума, проживающие в маленьких сельских городках в Южных штатах. В качестве наблюдателя, сидя в безопасности среди публики, мне было несложно расшифровать послание группы преподавателю. При этом он сам, очень компетентный групповой психотерапевт, оказался не способен распознать латентно выраженное раздражение, потому что оно пробудило его собственные бессознательные страхи перед нападением и критикой.

Дериваты можно интерпретировать и расшифровывать различными способами. Ведущему не нужно дожидаться от участника высказываний для того, чтобы построить гипотезу о его личностной организации и возможном поведении. Поскольку любое поведение чем-то обусловлено, дериваты и латентное содержание присутствует во многих формах. Например, один мой коллега, проводя интервью с потенциальной участницей группы и встретив женщину в первый раз, заметил, что, ожидая вызова в приемной, она старательно работала над большим сборником кроссвордов. Она была настолько увлечена книгой, что даже не заметила, как терапевт вошел в комнату, чтобы пригласить ее в кабинет. Она настолько напряженно работала над кроссвордом, что ему пришлось дважды окликнуть ее по имени, прежде чем она отозвалась. Когда они шли по направлению к его кабинету, терапевт заметил про себя: “Интересно, наверное, эта женщина обожает играть словами”. Он оказался прав, так как женщина провела большую часть терапевтического сеанса, беспорядочно рассуждая о своих мыслях и идеях, пряча свою истинную сущность позади жесткой защитной структуры интеллектуализации, рационализации и изоляции аффекта.

Техники активации “здесь и сейчас”

Для ведущего важнее понять стратегию и теоретические обоснования, на которых базируются все эффективные приемы, чем овладеть этими приемами. Ведущий должен дисциплинировать себя так, чтобы думать в основном в «здесь и сейчас». Он должен переместить фокус от внешнего — к внутреннему, и от общего — к конкретному. Каждая рассматриваемая тема должна заставлять ведущего задать вопрос: “Как я могу связать это с группой?”, “Как я могу воплотить это «здесь и сейчас»?». Такой фокус является энергетическим центром модели Ялома. Это — теоретическая стратегия, которая лежит в основе его подхода к групповой психотерапии. Если следовать ей, то ведущему не придется беспокоиться о скучных, шаблонных и монотонных сессиях группы. Участники группы не будут усыплять ведущего и своих товарищей абстрактными рассуждениями о “там и тогда”, о событиях, которые произошли шесть месяцев или шесть лет назад. Их истории, трудности и модели поведения будут воплощены в жизнь “здесь и сейчас”. Как только будет установлена правильная атмосфера, у ведущего

под рукой окажется динамичная и живая лаборатория для изучения человеческих взаимодействий и поступков. Существует множество способов для поддержания жизни путем активации “здесь и сейчас”. Один из методов выполнения этой задачи требует, чтобы ведущий отметил все замечания, высказанные в контексте “там и тогда” в отношении людей или событий вне группы, и перевел их в контекст “здесь и сейчас”, исследуя, каким образом эти замечания могут относиться к участникам в данный момент работы группы. Например, пациент может начать говорить о когда-то произошедшем враждебном столкновении со своим отцом. Его можно спросить: “Кто в этой группе может вызвать в тебе подобные чувства?” Поскольку выдвинутая жалоба связана с отцом, ведущий должен быть осторожен в отношении возможного переноса. Такое замечание может отражать отношение участника группы к ведущему. Другая участница может пожаловаться на свою деспотичную сестру, признавая, что она много чего хотела бы сказать сестре, но сдерживается, потому что боится репрессий с ее стороны. Превращая беспокойство женщины о “там и тогда” в “здесь и сейчас”, ее можно спросить, удерживается ли она от того, чтобы сделать определенные заявления в адрес участников группы, потому что испытывает подобные чувства страха перед осуждением, и не хотела ли бы она поделиться с ними сегодня подобными чувствами. Участник группы иногда замечает, что его тенденция вырабатывать стереотипы по отношению к окружающим послужила причиной многих трудностей в его прошлых взаимоотношениях. Вместо того, чтобы исследовать, как эти трудности проявились “там и тогда”, ведущий может спросить его, не хочет ли он рассказать участникам группы, какие именно стереотипы он связывает с каждым из них. Такая интервенция не только активирует взаимоотношения “здесь и сейчас”, но и предоставляет каждому участнику важную информацию о воздействии, которое он оказывает на других.

Если группа дегенерировала до состояния пустой болтовни на вечеринке, и один из участников заметил, что, по его мнению, группа несерьезно относится к своим целям, ведущий может попросить его, не укажет ли он, кто именно относится серьезно к целям группы, а кто — несерьезно. Некоторые участники могут пожаловаться, что группа слишком положительная, и все стараются избежать конфликта. Если спросить в ответ, кто в группе является “лидером движения за мир и тактичность”, то таким обра-

зом активизируется богатый источник взаимодействия. Иногда, даже если просто попросить одного из участников использовать “Я-высказывания” и говорить напрямую с другим, то это может превратить скучный, безжизненный монолог в живой, волнующий диалог.

Каждая из этих иллюстраций показывает способы, с помощью которых можно подтолкнуть группу к активации контекста “здесь и сейчас”. Во всех этих примерах у ведущего есть возможность попросить участника группы ответить группе или отдельному участнику или в провокационном стиле, или с поддержкой. Просьба идентифицировать самого дружелюбного, наименее угрожающего, наиболее поддерживающего или увлеченного участника связана с другим видом риска, и вызывает совершенно другой ответ, чем если бы участника группы попросили указать на наиболее сердитого, наименее поддерживающего, наименее заботливого или меньше всех вовлеченного в работу. В зависимости от решения ведущего и его линии исследования, он может построить либо поддерживающую, либо конфликтную культуру группы. Поскольку для эффективно функционирующей терапевтической группы необходимы обе позиции, ведущий не должен жертвовать одной из них ради другой. Тем не менее, его решение должно учитывать стадию развития группы. Если группа еще не выработала сплоченность и доверие, будет неправильным просить участников рисковать и вступать в провокационные конфронтации. Интервенции, соответствующие этой стадии, требуют от ведущего поощрять участников отвечать остальной группе так, чтобы снизить риск регрессии и враждебности. Затем, когда в группе установится доверие и сплоченность, ведущий может подтолкнуть участников к более рискованным провокационным позициям, когда это уже не сможет привести к угрозе существованию группы.

Терапевт также должен отдавать себе отчет в том, что аккуратный, точный мир теории и чистой техники зачастую оказывается неспособным соответствовать жесткому миру реальности. Большинство пациентов-наркоманов никогда не читало Ирвина Ялома и не понимает, почему они должны отвечать “так, как надо” на благородные усилия ведущего, направленные на то, чтобы показать им их ошибки. Поэтому ведущий должен быть готов к получению ответа о равенстве, когда он просит участника указать на другого участника, как на возможный источник межличностной стимуля-

ции. Такие выражения, как “Я доверяю всем в группе в одинаковой степени. Мне нравятся все одинаково” — никогда не соответствуют действительности. Никогда не верьте этому! Никто в психотерапевтической группе не относится ко всем одинаково. Каждый человек в группе уникален и вызывает целый спектр реакций в других людях. Тщательное изучение реакций на такие различия является мощным источником самопознания и личностного развития. Хотя ведущий никогда не должен верить утверждениям о равенстве, ни в коем случае нельзя и активно противоречить этой позиции. Вместо того, чтобы вызывать сопротивление со стороны участников, ведущий должен стимулировать их к исследованию собственных реакций по отношению к определенным членам группы. Этого можно добиться деликатными вопросами: “Конечно, я знаю, что ты доверяешь всем в группе, но если я тебя попрошу выбрать кого-нибудь, кому ты доверяешь больше, чем другим, кого бы ты назвал? Ты не мог бы подумать несколько секунд, посмотреть всем в глаза, и решить, кто вызывает в тебе чувство доверия?” Такая стимуляция ненавязчива, и у большинства участников возникнут определенные чувства, когда они посмотрят в глаза и на лица своих товарищей по группе. В тех редких случаях, когда участник настолько закрыт или склонен к сопротивлению, что он не может или не хочет ответить на такое предложение, его можно спросить, что он почувствовал, выполняя это упражнение. Попросите других участников выразить свои чувства к этому упражнению. Почти всегда это приводит к получению богатого материала от других членов группы. Некоторые могут выразить недоверие к тому, что кто-то может испытывать совершенно одинаковые чувства по отношению ко всем. Другие могут выразить сочувствие тому волнению, которое такое упражнение вызвало бы в них, если бы им пришлось пойти на такой риск.

Иногда ведущий может решить “просто” подтолкнуть отдельного участника группы пойти на истинный контакт с другим. Подлинная интимность и связь может стать мощным целительным опытом для людей, которые прожили всю жизнь в фальшивых, надуманных и неаутентичных взаимодействиях. “Исцеление через встречу” — это выражение придумал Мартин Бубер, чтобы подчеркнуть важность настоящего аутентичного диалога в жизни человека. Бубер много писал о необходимости связей между людьми. У каждого из нас есть первичная потребность в том, чтобы нас

слушали и слышали другие. Зачастую достаточно просто знать, что наш крик был услышан, и мы не одни в нашей изоляции и страдании. Во многих случаях на крик человека невозможно ответить, и тогда ответа не ожидают, или в нем нет необходимости. Бубер описал этот феномен как крик, который должен быть услышан, но который не требует ответа. Пример поможет иллюстрировать это.

Мэри тихо сидела на занятиях группы на протяжении более трех месяцев, подавая голос лишь для того, чтобы поддержать или поощрить других. Недавно она обратилась к группе за советом по поводу "своих многочисленных проблем". Она была замужем за алкоголиком и присоединилась к группе, потому что становилась все более подавленной из-за неспособности мужа поддерживать продолжительную трезвость. За шесть лет их брака он много раз терял работу, был арестован за вождение автомобиля в состоянии опьянения, а также подвергал ее публичному унижению, но эти проблемы перемежались периодическими эпизодами относительного успеха и стабильности. Эти периоды длились достаточно долго для того, чтобы в ней зародилась неоправданная надежда на то, что, может быть, на этот раз все будет по-другому. По мере того, как Мэри рассказывала о своей изоляции и отчаянии, группа начала отвечать ей в своей обычной манере, то есть бесконечными советами. Пассивность и подавленность Мэри обычно вызывали в других именно такую реакцию, что не давало ей возможности мобилизовать свои собственные ресурсы для борьбы с трудностями, требующими принятия важных решений. Остановив высказывания участников группы, ведущий попросил Мэри оглядеться вокруг себя и выбрать одного человека, который, по ее мнению, лучше всех понимал ее положение или ее чувства в настоящий момент. Ведущий решил вмешаться, потому что не хотел, чтобы группа вошла в свое типичное состояние "давайте дадим Мэри совет и скажем ей, что она должна делать". Вместо этого, ведущий надеялся помочь Мэри войти в контакт с одним человеком, который сможет на самом деле понять ее положение и ее боль. После нескольких попыток заявить, что, по ее мнению, все в группе понимали ее одинаково, в конце концов, Мэри выбрала Салли, которая не пыталась давать ей советы. Сал-

ли по-настоящему сопереживала Мэри, потому что она испытала в жизни подобную ситуацию. Салли рассказала о своих собственных чувствах, поделившись тем, как сложно ей было иногда принимать решения, которые зачастую приводили к тому, что она чувствовала себя связанной по рукам и ногам. По мере того, как Салли рассказывала о собственных трудностях, Мэри начала раскрываться, рассказав о своем гневе в адрес мужа и о необходимости занять более решительную позицию по отношению к нему. Понимание Мэри самой себя стало более глубоким, когда она смогла почувствовать свою общность с Салли, благодаря тому, что Салли поняла и на самом деле услышала Мэри так, как ее еще никто не слышал.

На начальных стадиях развития группы одной из основных целей ведущего является достижение эмпатического понимания между участниками и помощь пациентам в установлении контактов между собой. Ведущий не всегда должен просить участников группы отвечать друг другу в прямой форме. Этого же эффекта можно достичь, просто наблюдая за невербальными ответами и реакциями участников в ответ на слова других в группе. Понимающий взгляд, прямой контакт глаз, кивок головой или незаметное изменение выражения лица являются намеками на то, что кто-то в группе эмпатически связан с одним из участников. Ведущий должен лишь позволить или поощрить выражение этого сочувствия. Такая позиция помогает развитию сплоченности в группе, и необходимо всегда помнить, что если ее нет, то нельзя привести в действие ни один из лечебных факторов. Сплоченность усиливается по мере того, как члены группы учатся делиться, рассказывать и заботиться друг о друге. Мартин Бубер иллюстрирует важность заботы друг о друге в истории о Баал Шем Тове, первом Цадике мистической традиции Хасидов.

Когда Баал Шем Тов был молодым раввином, он молился, чтобы Бог однажды показал ему разницу между адом и раем. Вскоре после завершения молитвы, однажды ночью ему приснился сон, в котором Бог привел его в большую комнату, где группа голодающих людей сидела вокруг большого круглого стола. Хотя на середине стола стояло непомерно большое блюдо вкуснейшей, питательной горячей похлебки, все, кто сидел

за столом, были истощены, явно недоедали и выглядели изнуренными. Стол был такой огромный, что блюдо с едой находилось дальше, чем на расстоянии вытянутой руки от каждого из них. Хотя к каждой руке у них была привязано по длинной деревянной ложке, которой они могли дотянуться до еды в центре стола, длина ложки не позволяла им дотянуться до собственного рта. Несмотря на изобилие пищи в комнате, все они страдали от голода. Молодой раввин был очень опечален этим грустным зрелищем. Голодные люди видели еду, чувствовали ее запах и могли до нее дотянуться своими ложками, но не могли себя накормить и получить питание, в котором они отчаянно нуждались и к которому стремились. Это и есть ад, грустно сказал Бог молодому раввину. Затем Бог отвел его в другую комнату. Здесь, на первый взгляд, картина была такой же. Большой круглый стол, полный еды, и люди, сидящие вокруг круглого стола с гигантскими ложками, привязанными к рукам. Только здесь, вместо печали и голода, каждый человек был хорошо накормлен, здоров, счастлив и сыт. Комната была полна веселья, смеха и счастья. Хотя ложки были слишком длинными, чтобы люди могли накормить самих себя, они могли легко дотянуться и накормить друг друга. Это рай, сказал Бог молодому раввину, и разница состоит в том, что здесь люди кормят друг друга, вместо того, чтобы пытаться в одиночестве накормить самих себя.

Так же обстоит дело и с групповой психотерапией. Участников группы надо подталкивать к тому, чтобы они кормили друг друга. Никто не должен сидеть в изоляции, страдая от эмоционального голода. В распоряжении ведущего есть много способов, чтобы помочь членам группы "накормить" друг друга и взаимодействовать друг с другом. Каждый из предыдущих примеров является одним из возможных активизирующих приемов, доступных ведущему. Но важно помнить, что представленные приемы предназначены лишь для того, чтобы осветить основной принцип группового формата Ялома, и не являются самоцелью. Напротив, эти приемы должны использоваться терапевтом по своему усмотрению, в рамках его усилий по созданию живой и целительной культуры группы. Как говорит Ялом,

«Помните, что простое ускорение взаимодействия не является целью этих приемов. Если терапевт будет двигаться слишком быстро, используя уловки для упрощения взаимодействия, эмоционального выражения и самораскрытия, он никогда не достигнет цели. Сопротивление, страх, отчужденность, недоверие, словом, все, что затрудняет развитие удовлетворительных межличностных взаимоотношений, должно иметь возможность проявиться. Цель состоит не в том, чтобы создать гладко функционирующую, упорядоченную общественную организацию, а в том, чтобы эта организация хорошо функционировала и порождала достаточно доверия, способствуя раскрытию микрокосма каждого из участников. Работа с сопротивлением изменению есть ключ к изменениям. Таким образом, терапевт должен стремиться не обходить препятствия, а проходить через них». (Yalom, 1975, стр. 140)

Межличностная теория поведения

После того, как ведущий направил группу в “здесь и сейчас”, он должен направить свою энергию на то, чтобы помочь каждому понять свое поведение и то влияние, которое он оказывает на других. Ялом приводит схему систематического подхода к пониманию процесса личного воздействия в группе, а также того, как межличностный процесс каждого участника отражается на его общей линии поведения и проблемах вне группы. Подробно исследуя этот межличностный процесс, Ялом старается ответить на вопрос: каким образом освещение процесса взаимодействия “здесь и сейчас” приводит к изменениям? Перед тем, как представить модель Ялома, ведущему важно понять теоретическое основание его групповой доктрины.

Хотя Ялом официально не признает своей связи с теорией Салливана, он говорит о важности межличностного обучения в группах. Он часто ссылается на Салливана и предлагает до помещения в группу ознакомить каждого пациента с его межличностной (интерперсональной) теорией психиатрии. Таким образом, понимание ключевых концепций данной теории предоставляет читателю возможность лучшего понимания Ялома и его подхода к групповой психотерапии.

Интерперсональная теория психиатрии Салливана

Очевидно, что полномасштабное объяснение учения Салливана и его межличностной теории психиатрии не входит в рамки этой главы. Для лучшего понимания его теорий заинтересованные читатели могут обратиться к работе Ялома (1975) и рекомендуемым им ссылкам¹. Для того, чтобы понять важность влияния Салливана на Ялома, нужно всего лишь оценить четыре основных постулата теории Салливана. Он заявляет, что:

1. Личность практически полностью является результатом взаимодействия человека с окружающими.
2. Одна из основных человеческих потребностей — это потребность быть близко связанным с другими.
3. В детстве мы ищем одобрения других и избегаем неодобрения.
4. В конечном счете, понятие о себе (селф-динамизм) развивается на основании воспринимаемого нами одобрения или неодобрения других.

Если полностью понимать важность этих четырех основных принципов теории Салливана, то можно оценить и основную цель подхода Ялома к групповой психотерапии. Если мы (к счастью или к несчастью) являемся продуктом нашего взаимодействия с другими, то что может быть лучшим способом понять свои слабые и сильные стороны, чем отправиться к источнику своего поведения — к взаимодействию с другими? Тем не менее, если просто наблюдать за этим взаимодействием, то будет упущен важнейший потенциал для изменения, который существует в психотерапевтической группе. Ялом применяет три других принципа теории Салливана, пытаясь мобилизовать группу для привнесения изменений в жизнь человека. Вот эти три ключевых понятия:

1. **Паратаксические искажения.** Мы все склонны искаженно воспринимать других людей. Здесь Салливан имеет в виду нашу тенденцию относиться к другим не на основании реальных аспектов личности, а на основании воспринимаемых нами искажений межличностной реальности. Эти искажения определяются и порождаются нашими межличностными потребностями.

2. **Самоисполняющееся пророчество.** На языке Салливана, наши межличностные искажения обычно имеют тенденцию к самосохранению и ведут к самоисполняющимся пророчествам. Напри-

¹ В русском переводе — Гарри Стэк Салливан, «Интерперсональная теория в психиатрии», КСП+, Ювента, 1999 г. (прим. ред.)

мер, человек, который считает себя (имеет соответствующее понятие о себе, или «self-concept») непривлекательным и неадекватным, может, с помощью избирательной невнимательности, некорректно воспринимать других как жестких и отвергающих. Важно то, что человек может постепенно развить в себе такие черты и установки, как оборонительное поведение и подобострастие, что и приведет к тому, что другие будут относиться к нему именно так, как он ожидает.

3. *Всеобщее подтверждение (Консенсуальная валидация).* Это понятие связано с тем акцентом, который Салливан делает на важности равных, товарищеских взаимоотношений для психологического развития человека. В детстве мы устанавливаем приятельские отношения, которые заставляют нас исследовать и сравнивать свои взгляды с восприятием тех, с кем мы идентифицируемся. Через это сравнение мы приходим к осознанию того, что наши друзья или приятели смотрят на некоторые вещи не так, как мы или наши родители. Те из наших представлений и восприятий, которые были искажены, становятся недействительными. Как говорит Салливан: “Паратаксические искажения модифицируются в первую очередь путем консенсуальной валидации”. Если Мэри считает, что Джим агрессивен и враждебен, а остальная группа считает, что он добр и внимателен, то Мэри придется разобраться со своим искаженным восприятием Джима. Восприятия, которые не подтверждаются (не валидируются) согласием (консенсусом) других людей, ведут к внутренним психологическим переменам.

Понимание этих трех концепций помогает объяснить цель и предназначение группы по Ялому. Как утверждает Салливан, цель психиатрии состоит в изучении процесса, который происходит между людьми. Симптоматика переводится в межличностное поведение, и ведущий наблюдает и лечит межличностные проблемы одновременно. С этой точки зрения, душевное расстройство не закреплено в личности статически. Напротив, считается, что психопатология коренится в дисфункциональной системе и взаимодействии. И эти дисфункциональные взаимодействия увековечиваются искажениями внутри системы. Каждый человек осуществляет свой сценарий и играет назначенную себе роль, базирующуюся на недействительном, искаженном восприятии себя и других. Этот сценарий постоянно отыгрывается в более широких рамках наших личных взаимоотношений с другими людьми в

нашей жизни. Мы становимся невольными актерами в пьесе, сюжета которой мы не понимаем. С этой точки зрения, свободный обмен информацией, относящейся к взаимным впечатлениям, чувствам и наблюдениям в контексте групповой ситуации, становится материалом, на котором возможны осознание, подтверждение и изменение. Цель лечения, таким образом — изменение и модификация межличностных искажений, что должно помочь человеку жить более удовлетворительной жизнью, основанной на реалистических аспектах межличностных взаимоотношений. С точки зрения Салливана, эта цель достигается, когда самосознание человека развивается до такой степени, что другие воспринимают его так же, как он воспринимает сам себя. Или, в терминах Роджерса, существует конгруэнтность между чувствованием себя, поведением и восприятием человека другими. Например, субъект, который считает себя любящим и заботливым, но ведет себя по отношению к другим агрессивно и враждебно (и люди воспринимают его как равнодушного и не оказывающего поддержки), находится в состоянии очевидной неконгруэнтности. Консенсуальная валидация со стороны группы делает очевидным яркий контраст между следующими тремя аспектами жизни человека: 1. Чувствование себя 2. Поведение, и 3. Производимое впечатление и воздействие на других. Такой фокус позволяет человеку видеть недостаток равновесия и конгруэнтности в своей жизни.

Действуя в этом теоретическом контексте, Ялом советует ведущему следовать комплексному заданию, которое состоит из нескольких стадий.

1. Каждый участник группы должен отдать себе отчет в том, что он делает по отношению к другим людям.
2. Затем он должен оценить воздействие своего поведения на других.
3. Он должен, в свою очередь, понять, каким образом его поведение влияет на мнение других о нем.
4. В конце концов, он должен решить, удовлетворен ли он этим стилем межличностных взаимоотношений.
5. Если он решает измениться, он неизбежно должен использовать для этого свою волю.
6. И наконец, группа и ее ведущий должны помочь участнику закрепить эти изменения и генерализовать их на внешний мир.

Ведущий должен способствовать прохождению каждой из этих стадий, определенных Яломом, посредством специфического когнитивного воздействия. В конце концов, по мнению Ялома, группа должна взять на себя роль ведущего, как единственной персоны, ответственной за наблюдение за процессом поведения индивида в “здесь и сейчас” группового взаимодействия. Это — важная роль, которую группа должна освоить, потому что именно комментарии по процессу позволяют участнику группы измениться. Ведущий может помочь инициировать этот процесс изменений, проведя группу через такую последовательность:

1. *Ты ведешь себя вот так.* С помощью обратной связи, а затем и самонаблюдения, пациент учится видеть себя так, как его видят другие.
2. *Вот как другие чувствуют себя, воспринимая твое поведение.* Участники группы узнают о воздействии их поведения на чувства других участников.
3. *Вот как твое поведение влияет на мнение других о тебе.* Участники начинают понимать, что в результате их поведения другие ценят их, относятся к ним отрицательно, находят их неприятными, уважают их, избегают их, и так далее.
4. *Вот как твое поведение влияет на твое собственное мнение о себе.* На основании информации, собранной в процессе выполнения первых трех этапов, пациенты формируют самооценку; они выносят суждения о собственной ценности и способности быть любимыми (вспомните афоризм Салливана о том, что понятие о себе по большей части состоит из отраженных оценок). (Yalom, стр. 154-155).

Каждая из этих основных предпосылок, которые приводит Ялом, может стать мощным стимулятором изменений. Знание и понимание, как говорит Ялом, зачастую бывают недостаточными для того, чтобы произвести изменения. Следовательно, четыре принципа Ялома касаются того, что в его более поздней работе (1980) является ключевым вопросом в подходе к экзистенциальной психотерапии. Эти четыре предпосылки параллельны четырем окончательным данностям, которые образуют основу его экзистенциальной позиции — Ответственность, Смерть, Изоляция и Бессмысленность. Как говорит Ялом (1975):

«Цель терапевта состоит в том, чтобы подвести пациента к точке, где он примет одну, несколько или все из следующих базовых предпосылок:

1. Только я могу изменить мир, который я для себя создал.
2. Изменения не таят в себе опасности.
3. Чтобы достичь того, чего я на самом деле хочу, я должен измениться.
4. Я могу измениться, я способен на это» (стр. 157).

Ответственность — только я могу изменить мир, который я для себя создал

Каждый человек, входящий в группу, находится в равной позиции со всеми другими ее участниками. В определенном смысле, каждый человек — это чистый лист, или, как говорит Ялом, «каждый рождается заново в группе». Каждый участник формирует свою собственную позицию, судьбу и жизненное пространство в группе. «Каждый, в самом глубоком смысле этого слова, “отвечает” за это пространство и за последовательность событий, которые с ним произойдут в группе (стр. 153)». Если ведущий правильно делает свое дело и строит соответствующую культуру группы, каждый участник поймет, что его новое жизненное пространство в группе безопасно и предсказуемо. Поскольку группа — это такое место, которое позволяет изучать и пробовать новое поведение, он постепенно поймет, что продолжает страдать не потому, что не может измениться, а потому, что не хочет. Понимая это, человек вынужден осознать, что он отвечает за то, что с ним происходит. Если он хочет измениться, только он может это сделать.

Смерть — изменения не таят в себе опасности

С экзистенциальной позиции Ялома, психопатология коренится в неспособности человека преодолеть страх смерти. Даже если он понимает, что отвечает за свое положение в мире, он часто оказывается неспособен принимать решения, необходимые для изменений. Изменениям препятствует страх, страх перед неудачей. Это подразумеваемая позиция, которую Ялом определяет так: «Вы ведете себя так, будто считаете, что подвергаетесь огромной опасности, которая настигнет вас, если вы изменитесь. Вы боитесь вести себя по-другому, чтобы на вас не обрушилось страшное бедствие». Задача ведущего состоит в том, чтобы обезвредить эту мину за-

медленного действия, которая кроется в дискомфортной мысли, что изменения опасны. Мы боимся изменений и ответственности. Мы продолжаем следовать саморазрушительной модели поведения, несмотря на знание о том, что она дисфункциональна, потому что наша тревога жестко удерживает нас на занятой позиции. Эта тема как будто взята из классической работы Эриха Фромма “Бегство от свободы”. Очень важно, чтобы участник группы исследовал свои фантазии о бедствиях, ожидающих его в том случае, если он изменится. По мере того, как нереалистические аспекты этих ожиданий будут терять свою важность, пациент сможет постепенно начать двигаться в сторону изменений, и, что важнее, поймет, что в изменениях нет опасности.

Изоляция — чтобы достичь того, чего я на самом деле хочу, я должен измениться

Ведущий должен понимать, какую компенсацию (или вторичную выгоду) человек получает благодаря продолжению поведения, не отвечающему его лучшим интересам. Обычно противоречия между тем, как человек себя ведет, и тем, каким он хочет стать, являются результатом несовместимых желаний, которые не могут быть удовлетворены одновременно. Такой конфликт зачастую является результатом инфантильных потребностей, которые действуют на бессознательном уровне в виде страхов, связанных с кошмаром изоляции и взросления. Ялом пишет:

«Многие терапевты по-другому подходят к объяснению парадокса, состоящего в том, что пациенты продолжают следовать линии поведения, противоречащей их лучшим интересам. Их подход принимает во внимание выгоды их текущего поведения. Хотя поведение пациента противоречит многим его зрелым потребностям и целям, в то же время, оно удовлетворяет другие потребности и цели. Другими словами, у пациента наличествуют противоречивые мотивации, которые не могут быть удовлетворены одновременно. Например, пациент может захотеть установить зрелые гетеросексуальные отношения; но на другом, часто подсознательном уровне, он хочет, чтобы его нянчили, заботились о нем, хочет смягчить страх кастрации идентификацией с матерью, или, другими словами, стремится быть защищенным от ужасающей свободы взрослости.

Очевидно, что он не может удовлетворить оба эти желания. Он не способен установить зрелые гетеросексуальные взаимоотношения с женщиной, если он одновременно говорит (и гораздо громче): “Позаботься обо мне, защити меня, нянчи меня, позволь мне быть частью тебя!”

Терапевт пытается разрешить этот конфликт для пациента. “Ваше поведение имеет смысл, если мы будем основываться на том, что вы хотите удовлетворить более глубокую, более примитивную, более инфантильную потребность”. Он пытается помочь пациенту понять природу его противоречивых желаний, выбрать между ними, освободиться от тех, которые могут быть удовлетворены лишь ценой разрушения его целостности и независимости. Как только пациент поймет, чего он “на самом деле” хочет (как взрослый человек), и что его текущее поведение направлено на то, чтобы удовлетворить противоположные потребности, задерживающие развитие, он постепенно приходит к выводу, что “для того, чтобы добиться того, чего я на самом деле хочу, я должен измениться”. (Стр. 159-160, Yalom, 1970).

Взаимоотношения, будь то с группой, с ведущим или с другим важным человеком, имеют тенденцию вызывать появление инфантильных ожиданий и потребностей. Зависимость, желание быть любимым и избалованным, а также инфантильный страх быть покинутым и страх неодобрения возрастают в любых близких межличностных взаимоотношениях. Эти инфантильные потребности и фрустрации, которые оказались для человека проблематичными, становятся характеристиками его личности. Этот уникальный комплекс инфантильных потребностей проявится в группе так же, как и в любых значимых взаимоотношениях. Задача ведущего состоит в том, чтобы побудить участника группы изменить свою потребность вследствие осознания инфантильности желания, которое больше не соответствует его взрослой жизни. Человек должен научиться осознанно переносить напряжение, вызванное тем, что эта потребность не была удовлетворена.

Ханс Струпп (Hans Strupp, 1978) очень точно резюмирует эту позицию следующими словами:

«... (пациент) должен принять меры для того, чтобы удовлетворить эти нужды, отказаться от них или изменить их. Терапевт более не позволяет ему (пациенту) использовать взаимо-

отношения со значимым человеком для того, чтобы выражать свои нужды символическим или замаскированным образом. Терапевт, в конце концов, говорит: если вы хотите, чтобы я вас нянчил, баюкал, защищал, любил вас, то вы должны испытывать в моем присутствии и в мой адрес те чувства, которые связаны с этими ожиданиями. Это очевидно болезненно, но с этим ничего нельзя поделать. Как только вы пройдете через это болезненное испытание, вы поймете, что ваши ожидания были (а) устаревшими, то есть они могли быть разумными в детстве, но стали бесполезны в настоящее время; (в) нереалистичными, то есть, как зрелый независимый человек, я никак не могу нянчиться с вами, и если бы я так вел себя, то вам это было бы неприятно, и вы бы сами отвергли такое отношение, и (с) основанными на грубых искажениях восприятия текущей ситуации, а также событий детства, и мы должны осознать эти искажения. Я не позволю вам отрицать наличие таких ожиданий в отношении меня, и при этом надеяться на их выполнение. Именно это имел в виду Фрейд, когда сказал, что конфликт необходимо вывести на уровень осознания, и бороться с ним на этом уровне» (стр. 15).

И Струпп, и Ялом исследуют конфликт, который все мы переживаем в своих межличностных взаимоотношениях. Важно, чтобы ведущий понял, что удовлетворение этих инфантильных потребностей в конечном итоге непродуктивно для человека. Как только они получают то, что им, по их мнению, нужно (на основании непризнанных, неудовлетворенных, инфантильных желаний), они откажутся от этого, потому что оно не соответствует их самоопределению как функционирующих здоровым образом, зрелых, независимых взрослых людей.

Бессмысленность — я могу измениться, я способен на это

Только когда человек поймет истинный контекст своего поведения, он сможет развить в себе ощущение владения собой и смысла собственной жизни. Понимание смысла нашего поведения помогает нам перестать быть движимыми пугающими, незнакомыми силами, и перейти к позиции контроля и самообладания. Мы станем наездниками, а не теми, на ком едут. Способность объяснить свое поведение помогает человеку добиться истинно ау-

тентичной экзистенциальной позиции. Таким образом человек развивает систему, с помощью которой он может упорядочить события своей жизни в связную и предсказуемую модель. Для него жизнь обретает смысл. Он такой, какой он есть, из-за определенных событий в жизни, которые способствовали формированию его восприятия мира.

Как сказал Скотт Рутан, “наши пациенты приходят к нам с решениями, а не с проблемами” (Rutan, 1983). Как ведущие групп, мы не должны упускать из виду тот факт, что увиденное нами с позиции терапевта является нормальной, и даже иногда творческой, адаптацией ребенка к ненормальной ситуации. Как показывает теория Салливана, ребенка формирует межличностная среда и взаимоотношения с окружающими. Если возникает конфликт между тенденциями роста ребенка и межличностными требованиями родителей, безопасности будет отдано безусловное предпочтение перед взрослением. Роберт и Мэри Гулдинг (Goulding, (1979)) разделяют это мнение в рамках терапии нового решения. Мы все в раннем возрасте принимаем решения о том, как мы будем выживать в этом мире, на основании информации, которая нам в настоящий момент доступна. К сожалению, дети зачастую вынуждены рано принимать решения на основании ошибочной информации, до того, как они в когнитивном и эмоциональном плане станут способными на это. Они подсознательно придерживаются этих решений даже после того, как изменяются обстоятельства, приведшие к такому положению. Например: “Если я тебе сейчас скажу, что я на самом деле думаю, ты меня отвергнешь. Поэтому, если я хочу выжить рядом с тобой, мама, мне придется вести себя так, как, по моему мнению, ты хочешь, чтобы я себя вел”. Если мы поможем человеку понять его позицию в жизни, и то, каким образом он пришел к этой позиции, то он обретет контроль над своей жизнью, а жизнь его обретет новый смысл. Он не будет привязан к прошлому и сможет измениться в будущем. Как заявил один из участников группы: “Я себе не нравился, потому что я думал, что я сам виноват в том, какой я есть. Теперь, когда я понимаю, почему я такой, я чувствую, что я заслуживаю от жизни большего”.

Цитата из Ялома о воле суммирует положения такой экзистенциальной позиции в группе:

«Понятие воли предоставляет нам удобный конструкт для понимания процедуры освещения процесса. Интерпретирующие за-

мечания терапевта могут быть рассмотрены с точки зрения того, как они влияют на волю пациента. Наиболее общий и упрощенный терапевтический подход заключается в нравоучительной манере. “Твое поведение, как ты сам теперь понимаешь, противоречит твоим лучшим интересам. Ты не удовлетворен, ты не этого хочешь для себя. Изменись, черт возьми!” Ожидание, что пациент изменится, является просто продолжением морального философского верования, что если человек знает, что такое хорошо (то есть что, в самом глубоком смысле, в его лучших интересах), то он будет себя вести соответственно. Словами Фомы Аквинского: “Человек, если он действует по своей воле, действует ради какого-то воображаемого добра”. И, в самом деле, для некоторых людей это знание и это увещание достаточно для того, чтобы произвести в них терапевтические изменения. Точнее, так обычно бывает с людьми, которые изменяются в результате краткосрочной экспериментальной группы. Однако, пациенты со значительной и глубоко укоренившейся психопатологией обычно нуждаются в гораздо большем».

Примеры фокуса “здесь и сейчас” по Ялому

Несколько клинических примеров помогут проиллюстрировать положения Ялома, касающиеся последовательного комментирования процесса, которое приводит к изменениям в участниках группы.

Экспериментальная («группа личного опыта») обучающая группа, состоящая из восьми мастеров-консультантов стационара для алкоголиков и наркоманов, собиралась раз в неделю и была рассчитана на десять сессий. На первом занятии доминировали три участника. Чак, враждебно настроенный, конфликтный выздоравливающий наркоман, сохраняющий чистоту в течение пяти лет, гневно отзывался о некомпетентности директора программы. Он провел большую часть занятия, распространяясь на тему о том, стоит ли ему возвращаться к учебе, потому что он не надеялся на изменения ситуации. Бетти, истеричная выздоравливающая наркоманка и медсестра, стаж трезвости четыре года, бесконечно говорила о своих страхах, связанных с участием в обучающей группе. Она чувствовала, что другие ее подавляют, и боялась, что они уз-

нают, насколько она на самом деле неуравновешенна. Ширли, психиатрическая медсестра, которая была клиническим директором отделения, провела остаток занятия, подбадривая Бетти и успокаивая Чака. Ее реакция была неизменно одобряющей, и она взяла на себя задачу убедить группу в том, что все как-нибудь образуется. Ширли также посвятила некоторую часть занятия беспокойству об Энн, сотруднице отделения, которая не смогла прийти на первое занятие группы, потому что у нее дома возникло ЧП. Ширли очень старалась убедить всех в том, что Энн обязательно придет на следующей неделе. Энн действительно была в группе к началу второго занятия, но сохраняла молчание и задумчивость во время дидактической лекции. Эта часть обучающей группы была направлена на презентацию теории, и участникам предложили задать вопросы о практической части группы, которая проводилась в другое время. После завершения дидактической презентации группа перешла в другую комнату, где проводилась экспериентальная часть занятия. Посередине сессии Энн неожиданно проснулась от своей дремоты и принялась нападать на ведущего и участников, требуя объяснить, “в чем состоят групповые нормы в этой группе”. Этот взрыв очень удивил группу и перебил Бетти, которая опять была в середине истерического рассказа о своих страхах по поводу ее подавления другими участниками. Остальная часть группы с возмущением отреагировала на происшествие, причем Чак был во главе тех, кто напал на Энн, а Ширли — во главе тех, кто пытался понять и поддержать ее.

К этому моменту у ведущего было достаточно данных, собранных в наблюдениях за Энн, Бетти, Чаком и Ширли. Теперь он должен задать себе ряд важных вопросов, прежде чем он может провести участников группы через последовательность освещения процесса, разработанную Яломом.

1. Участник группы должен понимать, что она или он делает с другими участниками группы

Осознает ли Энн, насколько она отдаляется от других участников группы? Ширли отдает себе отчет в своей тенденции спасать и заботиться о других в группе? Бетти подавляет других, как своим

преждевременным самораскрытием, так и своими требованиями не быть отвергнутой участниками. Она осознает, что ее постоянное излияние таких сильных чувств на такой ранней стадии оказывает на остальных именно такой эффект, которого она больше всего боится? Чак, похоже, не думает о том действии, которое его гнев оказывает на других. Понимает ли он, что единственное чувство, которое он способен выразить, это гнев?

2. Они должны осознавать то воздействие, которое их поведение оказывает на других

Энн должна осознать, как она воздействует на других своими неожиданными требованиями и критикой. Понимает ли Чак, что, кроме Бетти, все остальные участники отворачиваются от него и не реагируют на его постоянное выражение гнева? Ширли осознает, что ее готовность всех поддерживать приводит к тому, что некоторые люди только берут у нее и мало что отдают взамен? Бетти должна понять, что ее истерическое поведение ведет к тому, что другие относятся к ней покровительственно.

3. Они должны понимать, какое воздействие их поведение оказывает на мнение о них других участников

Энн должна понять, что ее неожиданный взрыв гнева приведет к тому, что другие будут ее избегать и воспринимать как злобную стерву, которой нельзя доверять. Чак должен осознать, что его постоянная разгневанность приводит к тому, что другие воспринимают его как критичного и неотзывчивого человека. Бетти должна понять, что ее страхи формируют именно такое впечатление, которого она хотела бы избежать. Другие видят, что ее легко подавить, и задумываются о ее стабильности. Ширли не понимает, почему все приходят к ней со своими проблемами, и почему они отказываются оказать ей ту же поддержку, которую она им предоставляет. Она не осознает, что ее тенденция заботиться о других делает ее одномерной в глазах окружающих. Они видят в ней человека, который предпочитает отдавать и не хочет брать.

4. Они должны решить, удовлетворены ли они своим стилем межличностного общения

Энн нравится, что другие ее отталкивают? Чаку удобно жить в маске "гневный человек против всего мира"? Ширли хочет отка-

заться от своего образа спасателя? Бетти видит преимущества в том, что другие понимают, насколько она нестабильна и как ее легко подавить? Часто ответы на эти вопросы не так очевидны, как кому-то может показаться. Ялом предостерегает ведущего, чтобы он внимательно относился к разнице между первичным запросом, вторичной выгодой и динамическим напряжением между этими двумя понятиями.

Первичный запрос — это причина, по которой человек присоединился к группе или искал помощи. Желание состоит в получении облегчения, будь то свобода от страдания или улучшение взаимоотношений. Тем не менее, как заметил Ялом, поведение человека в группе редко бывает настолько простым, и обычно становится более многогранным по ходу работы группы. Обычно первичный запрос сильно изменяется после того, как человек присоединяется к группе, из-за возникающего в ней вторичного удовлетворения. Ялом описывает эту дилемму таким образом:

«В каждом случае пациент отдает предпочтение не первичному запросу, но какому-нибудь вторичному удовлетворению, которое возникает в группе: отношениям с другим участником, имиджу, который он хочет обрести, роли в группе, играя которую, он становится самым сексуально желанным, наиболее влиятельным, самым мудрым, самым лучшим». (1975, стр. 147).

Ведущий должен постоянно себя спрашивать, не является ли поведенческая презентация участников группы выражением конфликта между основной задачей и вторичным удовлетворением. Может быть, своей истеричностью Бетти хочет завоевать внимание и поддержку группы? Помогает ли ее стиль взаимоотношений избежать нежелательных ответственных задач? Может быть, Чаку нравится изображать гневного человека, потому что этой маской он хочет защитить себя от того, чтобы другие обнаружили его слабости и страхи? Возможно ли, что нападение Энн на группу на самом деле — нападение на ведущего? Или оно является неудачной попыткой показать группе, что она обучена групповой терапии и знакома с понятием групповых норм? Участники часто приходят в группы за тем, чтобы приобрести навыки, необходимые для “заботы о психическом здоровье” других. Может быть, это часть ее вторичной выгоды?

5. Теперь они должны использовать свою волю для того, чтобы измениться

В своей книге “Экзистенциальная психотерапия” Ялом цитирует японскую поговорку: “Знать и не действовать — все равно, что не знать” (стр. 286, 1980). Эта поговорка демонстрирует важность того, чтобы участники действовали на основании понимания, которого они достигли с помощью психотерапии. В понимании Ялома, если участник группы отказывается действовать на основании этого новоприобретенного знания, то оно не будет для него практически полезным. Ведущий должен знать, как использовать группу для того, чтобы способствовать изменениям и действиям. Уникальный взгляд на психиатрию Боба и Мэри Гулдингов (1979) может помочь добиться изменений в личности сопротивляющегося участника. Боб Гулдинг видит психиатрию во многом подобной шахматному матчу между пациентом и ведущим. Одна часть пациента хочет выздороветь, а другая — победить ведущего. Именно этой части терапевт должен противостоять и победить ее, если он намерен спровоцировать изменения. Гулдинг предупреждает ведущего, что надо быть начеку относительно “первого жульничества”, которое противопоставит ему участник группы. “Первое жульничество” обычно имеет вербальную форму, и заключается в ключевых словах “пытаюсь, нужно, но не могу”. С точки зрения Гулдинга, «нужно» — это значит «хочу», а “не могу” значит “не буду”. Он требует от участника группы изменить вербальное представление своих проблем, заменяя “не могу” на “не буду” и “нужно” на “хочу”. Такая замена привлекает внимание к сопротивлению пациентов и минимизирует их беспомощность. Они должны понимать, что не изменяются потому, что не хотят идти на этот риск. Попытка также считается показателем беспомощности и сопротивления. Члены группы Боба Гулдинга вскоре научаются тому, что упоминание слова “пытаюсь” приводит к использованию знаменитого “колокольчика попыток”. Ведущий привязал колокольчик неподалеку от своего кресла. При упоминании слова «попытаюсь» или “постараюсь” он усердно и с удовольствием звонит в свой колокольчик. С помощью этого средства участники группы более четко видят свое нежелание “попытаюсь” и изменить свое поведение.

Пример первого занятия новой группы алкоголиков, находящихся на лечении в стационаре, иллюстрирует это.

В гневе на то, что персонал настаивал на посещении им встреч программы «Анонимные Алкоголики», один из участников группы заговорил о своей неудовлетворенности этой организацией. Несмотря на то, что он несколько раз срывался, и это была его вторая госпитализация в связи с алкоголизмом, этот человек не мог понять, почему он должен посещать собрания АА. Активно и драматически выражая свое отчаяние, он доказывал свою позицию следующими словами: «Я пытался найти собрание АА, которое бы мне понравилось, но я не смог, и я думаю, что мне это не нужно». Когда ему посоветовали изменить свои слова на «Я не буду искать собрание АА, и я не хочу принимать в нем участие», он стал отдавать себе отчет в своем пассивном сопротивлении этим требованиям и понял, что его рецидивы были вызваны собственным нежеланием измениться, а вовсе не были результатом плохой работы персонала, больницы, АА или какой-то другой влиятельной силы во Вселенной.

Отношение Гулдинга к словам «пытаюсь», «не могу» и «нужно» иллюстрирует его настойчивое желание того, чтобы люди взяли на себя полную ответственность за себя самих, и не обманывали себя, действуя так, как будто они не обладают властью, в то время как в реальности дело обстоит именно так. Однако, позиция Гулдинга требует дальнейшего исследования. Работа только с языком и словами, как ему известно, не обязательно приводит к изменениям в области воли или власти. Сильный харизматический терапевт может вызвать у уступчивого пациента адаптивные реакции. Большая часть происходящего в терапии, если терапевт неосторожен, может быть угождением терапевту и поверхностными структурными перестроениями, не затрагивающими глубинных проблем. Гулдинг в достаточной мере осознает это и постоянно подчеркивает, что решения должны приниматься в эго-состоянии «свободного ребенка», а не «послушного ребенка».

Ялом (1995) кратко иллюстрирует данный момент в своей самой недавней книге. Обсуждая выделение Фабером (Faber, 1966) двух различных типов воли, Ялом критикует современную психологическую мысль, поскольку она делает преувеличенный акцент на сознательной воле и не может сформулировать краткое рабочее определение воли, что добавляет неясности в вопрос о том, что же она в точности собой представляет.

Первая сфера воли по Фаберу (и именно в этом Ялом видит его важнейший вклад) не переживается сознательно во время действия, и заключение о ней должно быть сделано уже после события. Ялом и Фабер утверждают, что важные выборы не переживаются сознательно как выборы. Большинство из нас неспособно предсказать последствия выборов, которые мы совершаем бессознательно, или то, как эти выборы связывают нас с некоей судьбой, присутствующей в нашей жизни. Однако, существует вторая сфера воли, являющаяся сознательным компонентом и переживаемая во время события. «Я сделаю это, чтобы достичь того. Если я прекращу есть, я похудею, и т.п.». Ялом утверждает, что к двум этим сферам воли в терапии нужно подходить по-разному. Он пишет:

«Вторая сфера воли (сознательная) затрагивается проповедями и призывами к силе воли, и действует через усилие и решимость. Первая сфера глуха к этим приказам, ее нужно достигать окольными путями. Серьезная проблема возникает тогда, когда приказные методы второй сферы пытаются применять к области первой. Например, таким образом я могу приобрести знания, но не мудрость; пойти в кровать, но не уснуть; есть, но не стать голодным; обрести скромность, но не смирение». (1980, стр. 299)

Ялом обращается также к критическому вопросу, над которым Уильям Джеймс и прагматики бились много лет назад. Джеймс считал, что в мире не существует объективной истины. Истинность, по его мнению, определяется полезностью. Правда — это то, что работает! Джеймс предполагал, что индивиды скорее ведут себя на новый путь мышления, чем додумываются до нового способа поведения. Делай то, во что хочешь верить, и скоро ты поверишь в то, что делаешь. Влияние Джеймса на Анонимных Алкоголиков обильно документировано, и его прагматизм — одна из главных причин успеха программы. Членам АА говорят: сначала измени свое поведение, а мышление за ним последует. Тот же принцип действует и тогда, когда Гулдинг настаивает на изменении в поведении. Конфуций, фактически, провозгласил эту же аксиому две тысячи лет назад: «Я слышу — и забываю, я вижу — и запоминаю, я делаю — и понимаю».

6. Помогите им закрепить изменения и генерализовать их, распространив на отношения с внешним миром

Ведущий также должен понимать важность той силы подкрепления, которая существует в группе. Когда участник изменяет какой-то аспект своего поведения — не важно, насколько тривиальный и мелкий — группа должна заметить это изменение. Боб и Мэри Гулдинг часто принимались шумно приветствовать и аплодировать вместе с группой, когда один из участников сообщал даже о незначительном изменении в своей жизни. Группа, которая проводит все время в выражении боли, гнева и негодования, пропускает ключевую часть лечебного процесса и не использует своих возможностей как мощного агента изменений в жизни человека. Смех и ободрение — смазка лечебного процесса. Смех и ободрение, творчески примененные в группе, могут быть мощной силой, помогающей человеку привести в действие обретенное понимание.

С помощью освещения процесса участники группы постепенно углубляют понимание своего поведения и влияния, которое их поведение оказывает на других. Они также будут лучше понимать те последствия, от которых они страдают из-за влияния, оказываемого ими на других. Ялом приводит четыре этапа освещения процесса.

1. Твое поведение таково:

А. Когда кто-то делится своими чувствами здесь, ты

1. Приходишь к нему на помощь
2. Смеешься или шутишь
3. Злишься (то есть когда кто-то не согласен с тем, что ты говоришь, твои челюсти напрягаются, ты сжимаешь кулаки, сверкаешь глазами, и твой голос становится громче).

2. Вот как твое поведение влияет на мои чувства к тебе:

- А. Меня раздражает то, что ты вечно спешишь на помощь.
- В. Мне больно, что ты смеешься над моими чувствами.
- С. Я пугаюсь и не хочу честно делиться своими чувствами или мыслями в твоём присутствии.

3. Вот как твое поведение влияет на мое мнение о тебе.

- А. Я не думаю, что ты на самом деле искренен, потому что ты заботишься обо всех и каждом.
- В. Я не доверяю тебе и твоему смеху.
- С. Я думаю, что ты, на самом деле, бесчувственный сукин сын, и я не хочу иметь с тобой дела.

4. Вот как твое поведение влияет на твое собственное мнение о себе:

А. Ты пришел в группу именно потому, что был разочарован и зол на самого себя, потому что у тебя не было никаких друзей и удовлетворяющих долгосрочных отношений. Ты считал себя человеком, которого нельзя полюбить, и не обращал внимания на то, что ты сам отталкивал всех от себя. Хочешь ли ты продолжать придерживаться поведения, которое доставило тебе столько неприятностей, и, самое важное, хочешь ли ты измениться?

Модель групповой психотерапии, разработанная Яломом, шаг за шагом проводит участников группы через каждый из этих этапов. Участник должен отдавать себе отчет в своем поведении и осознать, как оно в конечном итоге приводит к его разочарованию в самом себе и в своей жизни. Модель Ялома можно обобщить в виде последовательности изменений на основании четырнадцати важнейших допущений:

1. На нас влияют и нас формируют наши межличностные взаимоотношения, и наше видение межличностного мира зависит от тех взаимоотношений, которые были у нас в детстве.
2. Групповая психотерапия может предоставить коррективный эмоциональный опыт в отношении искаженных или нарушенных межличностных взаимоотношений, которые возникли на ранних этапах нашей жизни.
3. Групповая психотерапия действует как социальный микрокосм нашего межличностного мира.
4. Групповая психотерапия является средством для изучения межличностных взаимоотношений.
5. С помощью процесса консенсуальной валидации и самонаблюдения участники группы начинают осознавать паратаксические искажения, вмешивающиеся в их межличностные взаимоотношения.
6. С помощью обратных связей от ведущего и других участников группы каждый человек может научиться осознавать влияние своего поведения на чувства и мысли окружающих о нем и понять, как это влияет на его собственное мнение о себе.
7. Учитывая это новое понимание, человек осознает, что он сам отвечает за реальное, а не выдуманное состояние своих межличностных отношений.
8. Учитывая эту ответственность, человек начинает понимать,

что он сам может модифицировать или поменять собственное поведение.

9. Очень важно то, что понимание находится в прямой зависимости от интенсивности чувств, испытываемых пациентом. И наоборот: чем более интеллектуализирован процесс, тем меньше научение и меньше корреляция с изменениями.
10. Изменение является прямой функцией мотивации, вовлеченности в работу группы, ригидности межличностной структуры характера и стиля межличностного общения. Следовательно, чем более мотивирован, вовлечен и чем менее ригиден индивид, тем больше у него будет шансов изменить свое поведение.
11. Изменения в группе могут способствовать изменениям в других межличностных взаимоотношениях. Величина изменений зависит от интенсивности самоанализа и количества обратных связей, которые предоставляют пациенту другие участники группы.
12. Иррациональные страхи, связанные с возможными переменами, будут преодолены, и изменения не приведут к возникновению страха перед потерей индивидуальности, смертью, одиночеством и поглощенностью.
13. Через определенный период времени социальный микрокосм группы приведет к тому, что внешнее поведение будет честно представлено в группе, и новоприобретенные поведенческие навыки постепенно будут экспортированы во внешний мир. Поведение в группе и вне группы станет более конгруэнтным.
14. В конце концов, процедура адаптации развивается внутри, вначале в группе, затем распространяясь на внешний мир. Участники группы применяют новоприобретенные навыки вне группы, возвращаются в группу с этим опытом, и постепенно вносят изменения в свое поведение. Степень искажений начинает снижаться. Повышается способность участников к созданию здоровых взаимоотношений. Постепенно снижается уровень тревожности, а самооценка участников повышается до такой степени, что они чувствуют в себе силы быть самими собой. Рост положительных откликов со стороны других участников ведет к повышению самооценки и уверенности в себе. Цикл подлинного самовыражения, риска и повышения самооценки в конце концов приводит к формированию все более автономной и свободной от конфликтов личности.

Интеграция современного аналитического подхода

Модель интеракционной групповой психотерапии Ялома — один из наиболее широко применяемых подходов к групповому лечению (Dies, 1992). Частично причина его популярности в том, что это относительно простой, практичный и прямой подход, который легко постичь и выучить. Его текст хорошо написан и легко понимается. Все основные положения для проведения эффективной группы ясно определены. Его модель также легко адаптировать, и поэтому ее изложению было уделено столько внимания. Однако, ни одна модель не может вмещать в себя все и подходить каждому. Следовательно, другие — альтернативные, но дополняющие эту модель подходы также должны быть нами изучены. Базовая модель Ялома по-прежнему является предпочтительной для ранней и средней стадий выздоровления. Однако, этой модели недостает полноты, необходимой для лечения химически зависимых индивидов на поздних этапах выздоровления. Чем более очевидным становится то, что для достижения долгосрочного выздоровления должны быть модифицированы характерологические особенности, ассоциированные с химической зависимостью, тем более широкая теоретическая база становится необходимой для того, чтобы затронуть все разнообразные динамики, которые имеют вероятность проявиться в длительной групповой терапии. Поскольку изменение характера занимает больше, чем несколько месяцев лечения, то для дополнения рекомендаций Ялома требуются более экстенсивные и содержательные модели группового лечения. Надлежащее лечение характера часто требует нескольких лет психотерапии. АА и другие двенадцатишаговые программы интуитивно знают это и утверждают, что преодоление дефектов характера требует многих лет работы по программе. Современный подход Луиса Ормонта (Louis Ormont) — одна из моделей, которая подходит к долгосрочному лечению более основательно, оставаясь при этом в согласии с теоретической позицией Ялома.

Неожиданное открытие сходства, существующего между их позициями, было сделано мною во время конференции Американской Ассоциации Групповой Психотерапии (AGPA) в 1992 году в Нью-Йорке, когда двое этих маститых практиков работали в одном экспертном совете старших групповых терапевтов, представляя в нем противоположные теоретические взгляды. После просмотра советом и аудиторией видеозаписи того, как доктор Ялом

ведет демонстрационную группу, члены совета представляли критические замечания и предлагали различные рекомендации, основываясь на своих наблюдениях. Они также осуществляли альтернативные вмешательства, отражающие их теоретические позиции. В результате оживленных и порой провокативных дебатов, происходивших между экспертами, присутствующим в аудитории, вскоре стало очевидно, что доктор Ормонт и доктор Ялом во многом схожи, имеют множество одинаковых соображений и мнений о необходимых и важных элементах эффективной групповой психотерапии. В результате такой удивительной взаимности, проявившейся в то время, как эти уважаемые практики отстаивали свои теоретические позиции, у меня возник важный вопрос. Как мог Ирвин Ялом, самопровозглашенный экзистенциалист, испытывавший влияние теории Салливана и часто открыто критиковавший классическую психоаналитическую теорию, быть настолько согласным с Луисом Ормонтом, групповым психотерапевтом и самопровозглашенным современным психоаналитиком, основывающимся на психоаналитической теории?

Важно изучить и сопоставить их взгляды на групповую психотерапию, чтобы лучше объяснить и идентифицировать то общее, что в них содержится. Есть надежда, что это предприятие приведет к более полному пониманию совпадающих элементов двух подходов. И потом, возможно, такая попытка синтеза и интеграции теоретических позиций приведет к появлению более законченной и убедительной теории групповой психотерапии вообще и интерперсональной групповой психотерапии в частности. Это важное предприятие, особенно в свете огромной популярности сочинений доктора Ялома, его лекций и теорий, и того огромного влияния, которое он имеет на публику и профессиональное сообщество (Dies, 1992). Несмотря на популярность, его классический текст «Теория и практика групповой психотерапии» часто подвергается критике многих уважаемых групповых теоретиков, которые называют его модель групповой психотерапии атеоретичной, или «набором техник в поисках теории». Его книгу часто хвалят, как дающую самые прагматичные рекомендации и необходимую информацию для новоиспеченных групповых терапевтов, но все же многие считают, что она нуждается в более организованном теоретическом обосновании. Я надеюсь, что твердая теоретическая основа Луиса Ормонта — современная психоаналитическая тео-

рия — сможет обеспечить требуемую поддержку для некоторых рекомендаций Ялома. Более детальное изучение сходств и различий может помочь в выработке более прочного теоретического фундамента для интеракционной или интерперсональной групповой психотерапии. Синтез их подходов, возможно, обеспечит более широкий взгляд на теорию Ялома и снабдит пояснениями, усовершенствованиями и альтернативными обоснованиями рекомендуемые им стратегии.

Как это часто бывает, многие компетентные и опытные практики всех форм хорошей психотерапии имеют множество сходств в своих установках и подходах, несмотря на использование очень непохожих слов для объяснения того, что, как и почему они делают (Frank, 1978; Bergin, 1971). Теоретические обоснования также могут быть временами диаметрально противоположными. И все же, то, что могло казаться противоречивым или оппозиционным в их теоретических объяснениях, может в действительности быть вполне совместимым и взимодополняющим, если наблюдать происходящее в действии или изучать ретроспективно. Ивонн Агазарян и Энн Алонсо (Yvonne Agazarian, Anne Alonso, 1993) совершили похожее открытие, когда пытались объяснить, почему их порой расходящиеся взгляды на групповую психотерапию приводят к одинаковым выводам, несмотря на различные интерпретации и объяснения одного и того же феномена.

Есть надежда, что то же самое может случиться и в нашем случае, если критически исследовать и сравнить взгляды Ялома и Ормонта на групповую психотерапию. Такая работа может привести к более глубокому изучению интервенций и стратегий, которые докажут свою полезность во всех формах группового лечения.

Общие черты

Когда видишь, как доктор Ялом и доктор Ормонт подтверждают взгляды друг друга на то, что каждый из них считает существенными и критически важными элементами эффективной групповой психотерапии, то становится очевидной их горячая солидарность в подходе ко множеству вопросов. Главные из них таковы:

1. Важность и значительность того, что происходит в группе здесь и сейчас;
2. Предполагаемый и требуемый уровень активности ведущего, обеспечивающий активное участие всех членов группы;

3. Необходимость образования сплоченной группы или сообщества, в котором эмоциональное общение ценится больше, чем интеллектуальное;
4. Установление терапевтических норм, требующих активного участия всех членов группы в принятии на себя ответственности за группу и за участие всех ее членов; и
5. Меньший акцент, а временами полное пренебрежение интервенциями на уровне группы как целого.

Хотя Ялом более плодovit и широко известен как писатель в рассматриваемой области, Ормонт завоевал среди старших членов АGPA репутацию одного из самых уважаемых практиков — ведущего групп, который оживляет абстрактную теорию реальной практикой и искусством групповой терапии. Хотя Ормонт тоже писал на тему групповой теории и недавно опубликовал прекрасную книгу (1992), он не приобрел такой же известности за пределами АGPA и Нью-Йорка, как Ялом. Однако, несмотря на отличие фона и разную теоретическую ориентацию, они вполне дополняют друг друга с точки зрения стратегий, интервенций и подходов к лечению в группе.

Здесь и сейчас

Наверное, ни один теоретик групповой психотерапии не подчеркивал важность происходящего здесь и сейчас больше, чем Ирвин Ялом. Его имя стало почти синонимом использования фокуса на «здесь и сейчас». Но, хотя временами так может казаться, Ялом все же не «изобрел» это понятие; скорее, его акцент на важности последнего помог твердо установить его несомненное значение. Любой компетентный и хорошо обученный ведущий знает о значении «здесь и сейчас» в группе. Все опытные и эффективные терапевты, какова бы ни была их теоретическая ориентация, постоянно делают ударение на этом и побуждают свои группы оставаться в «здесь и сейчас», потому что знают, что именно здесь и происходит все действие. Возможно, как утверждают некоторые критики, Ялом иногда даже преувеличивает свои доводы и важность «здесь и сейчас». Действительно, также может быть правдой и то, что «здесь и сейчас» не было бы таким очевидно важным для всех нас, если бы Ялом не пихал это понятие нам под нос так часто и не напоминал так настойчиво о его жизненной важности для групповой терапии.

Многие другие теоретики признают значение «здесь и сейчас» для группы. Например, Малколм Пайнс (Malcolm Pines) утверждает, что «здесь и сейчас» может приходить к нам во многих разных формах. Креативность терапевта и его способность распознать различные формы, в котором оно может существовать, или способы, которыми туда можно попасть, критически важна для опыта группы и ее членов. Группа должна научиться тому, как реагировать на него и не убегать от него, когда оно появляется. Разнообразные способы, которыми оно может существовать и быть признанным, зависят от теоретической ориентации, навыков, знаний, опыта и смелости ведущего (Pines, 1992). Все эти атрибуты и качества необходимы, если терапевт собирается, способен и желает покинуть комфорт и определенность своей профессиональной роли, жестко закрепленной в рамках его теоретических воззрений, и выйти навстречу группе и ее членам в спонтанность и неопределенность данного момента. «Здесь и сейчас», по словам Пайнса, всегда сотворится; оно не существует в ожидании того, что мы его откроем. Оно создается между ведущим и участниками в группе, когда ведущий способен использовать собственную креативность и глубину своих собственных чувств, помогая участникам увлечь друг друга на истинном, честном и интимном уровне в реальности, здесь и сейчас.

Ялом описывал «здесь и сейчас» как силовой элемент группы и назвал его «ключевым понятием групповой терапии» (Yalom, 1985, стр. 28). Он считает, что ведущий должен обеспечить фокусирование внимания членов группы на их непосредственных чувствах и мыслях, касающихся других участников, ведущего и самой группы как целого. Непосредственные события, происходящие здесь и сейчас в группе, должны иметь преимущество перед событиями прошлого или текущей жизни каждого участника вне группы. Они становятся главным фокусом для ведущего. Ялом особо подчеркивает это, так как уверен, что это облегчает развитие и полное проявление социального микрокосма каждого участника. И Алонсо (Alonso, 1985), и Рутан (Rutan, 1983) говорят о том же самом: «Участникам не нужно говорить о своих проблемах на группе, они сами там проявятся».

Идиосинкратическая психологическая Ахиллесова пята каждого члена группы проявится для всеобщего обозрения и переживания в «здесь и сейчас» группового процесса. Группа, с этой точки зрения, становится лабораторией межличностного поведения,

где участники переживают и отыгрывают свои идиосинкратические конфликты или компульсивные повторения путем взаимодействия со всеми остальными. Все участники будут иметь шанс проникнуть и познать на опыте свой внутренний мир, содержащий интроекции, вытесненные, отрицаемые и диссоциированные элементы самости, а также объектные репрезентации, которые часто проецируются на других. Полное представление внутреннего мира каждого участника будет разыграно в виде компульсивного повторения на том уровне, на котором он может его пережить и, в конце концов, присвоить его и овладеть им. Проявляющееся здесь и сейчас трудно отрицать, потому что группа, под руководством терапевта, не позволит ему пройти незамеченным. Как утверждает Ормонт в своей книге, людям редко предоставляется возможность увидеть отражение — как свое, так и своего поведения. Группа, проводимая в соответствии с рекомендациями Ормонта и Ялома, даст такую возможность каждому. Ормонт пишет:

«Это, несомненно, тонкая и неуловимая ценность группового лечения, которую я сам не мог увидеть или оценить в течение многих лет. Она в том, что люди могут моментально прочесть себя, ухватить и назвать мимолетные чувства, которые важны для их души, но в повседневной суете, как правило, проходят, не успев быть пойманными.

Способность группы делать такую работу *in vivo* не имеет себе равных.

Существуют люди — может быть, их даже большинство — которые проживают жизнь только с подпороговыми, неосознанными намеками на то, что они в действительности чувствуют; они ощущают присутствие лишь критических, активирующих эмоций. Если бы только они останавливали себя в главные мгновения, чтобы «заморозить каркас» своей эмоциональной жизни, так сказать, в подходящий момент, то потом они могли бы точно находить эти динамические движущие силы внутри себя — эти чувства, которые мотивируют их и окрашивают все их существование». (1992, стр. 38)

В отличие от Ялома, называющего себя экзистенциалистом, Ормонт занимает менее радикальную позицию по вопросу о «здесь и сейчас» в группе. Как и любой хорошо обученный современный психоаналитик, он считает, что прошлое всегда живо присутству-

ет в настоящем, обычно в виде активации трансферентных искажений и сопротивления в отношении агрессии, интимности и спонтанности. Хотя Ормонт говорил, что он «горячо согласен» с Яломом по поводу важности «здесь и сейчас» в группе, он добавлял, что «здесь и сейчас» важно не само по себе, но потому, что это арена, позволяющая активизировать сопротивления и переносы. В соответствии со своим психоаналитическим наследством, Ормонт считает активацию, идентификацию и последующую проработку сопротивлений и переносов краеугольным камнем психотерапии. Ормонт знает, как и любой хороший аналитик, что внутренний мир индивида оживает во взаимодействиях здесь и сейчас в группе. Прошлое, будучи спроецированным на «здесь и сейчас», всегда вызывается или активизируется актуальностью происходящего в текущий момент. Следовательно, межличностные переносы и сопротивления, порождаемые этим процессом, предоставляют терапевту окно как в прошлое индивида, так и в его нынешнюю жизнь. Чем ближе терапевт стоит к консенсуально валидизированным данным, полученным здесь и сейчас, тем более вероятно, что член группы не сможет их опровергнуть. Но возможность для всех в группе видеть прошлое, возрожденное в настоящем, обеспечивает гораздо более важную информацию.

Такая позиция в терапии не является уникальной или новой; все хорошо обученные терапевты разделяют это убеждение. Однако, Ормонт и Ялом придают особый поворот этой теме, потому что оба они подчеркивают исследование сопротивления как феномена, возникающего в межличностном взаимодействии. Напоминая вновь о влиянии Гарри Стэка Салливана, Ормонт пишет:

«...интерперсональный аналитик считал сопротивления представляющими не только прошлое пациента, но и его или ее текущее обращение с другими. Салливан указывал, что сопротивления являются продуктом данных личных отношений. Некто может вызвать сопротивление в одном человеке, а в другом — нет. Для Салливана даже вытеснение является межличностным феноменом». (1992, стр. 121)

Ормонт, как большинство современных психоаналитиков и последователей психологии самости, считает патологию результатом саморазрушительных защит или сопротивлений, которые противостоят трансферентным желаниям, стыду, вине и страхам эди-

пального и прездипального возмездия. Он считает эти защиты необходимыми (хотя и неадаптивными) мерами самосохранения, принятыми вследствие неудовлетворения потребностей развития.

Поэтому Ормонт поощряет ведущего к возбуждению сопротивлений и переносов участников. Он хочет, чтобы они полностью расцвели в группе. Участники будут сопротивляться, это естественно и неизбежно. Их настойчивое использование прошлого и будущего — защитное приспособление, служащее для отпора тревоге и эмоциональной стимуляции непосредственного настоящего. Акцент Ормонта на непосредственности момента отражает его «принцип непосредственности», очень сходный с понятием «здесь и сейчас» у Ялома. Однако, принцип непосредственности Ормонта более широк, потому что, включая в себя неявное требование эмоциональности представления, не ограничивается содержанием происходящего в группе. В отличие от Ялома, Ормонт не пресекает разговоры о «там и тогда». Он признает, что это жизненно важно для членов группы — быть способными рассказывать истории из своей жизни. Однако, если эти истории пересказываются в отстраненной или интеллектуальной манере, эмоционально омертвляющей группу и ее членов, то задача ведущего — привлечь к этому непосредственное внимание индивида и всей группы. Ормонт, как и Ялом, четко осознавал, что все люди обладают способностью омертвлять свой жизненный опыт, разводить и разбавлять драмы, трагедии и возбуждение собственного существования.

Позиция Ялома и Ормонта по этому вопросу очень похожа на взгляды польского романиста Иржи Козински (Jerzy Kozinski, 1977), который был уверен, что самое главное — это чтобы люди полностью осознавали личные драмы своей собственной жизни, и были в контакте с ними, так же как и с личной драмой каждого, кто попадается им на пути. Если мы этого не делаем — значит, мы недоизменяем себя и неистинны в своем существовании. Это очень близко к описанию того, что экзистенциалисты (такие, как Хайдеггер, Бубер и Сартр) имели в виду под «экзистенциальной виной». Это наша экзистенциальная вина, если мы не полностью переживаем Бытие в чистейшем онтологическом смысле этого понятия, если мы не соприкасаемся с тем, как мы все разыгрываем свои собственные личные драмы с помощью остального общества, служащего для них фоном. Мы должны это себе самим, и, кроме того, как ведущие группы, мы должны это ее участникам,

чтобы побудить, подтолкнуть и поощрить их взять на себя больше ответственности за то, чтобы жить аутентичной жизнью. Сартр предостерегает нас от жизни в «плохой вере» (“bad faith”). Хайдеггер предупреждает, чтобы мы оставались *das man* и избегали омертвляющей безопасности стадного чувства и единства с толпой. Бубер располагает свою позицию еще на шаг дальше в своей философской антропологии, провозглашая, что мы никогда не сможем жить аутентичной жизнью в изоляции, и что действительно узнать себя возможно только в отношениях с другими.

Чтобы использовать все потенциальные преимущества, позволяющие группе жить аутентично и эмоционально, ведущему нужно дисциплинировать себя так, чтобы думать преимущественно в понятиях «здесь и сейчас». Он должен сделать все возможные попытки и найти способ сдвинуть фокус снаружи — вовнутрь и от общего — к частному, которое и проявляется в группе. Каждая появившаяся тема должна побудить ведущего задать себе вопросы: «Как я могу отнести это к группе? Как я могу оживить это здесь и сейчас?». Такой фокус — источник энергии модели Ялома и принципа непосредственности Ормонта.

Взаимодействие между членами группы

Нет групповых терапевтов, делающих большее ударение на важности взаимодействия между участниками и их реакции друг на друга, чем Ялом и Ормонт. Их стратегии и соображения могут не быть в точности похожими, но оба они требуют этого от группы, которая всегда происходит здесь и сейчас. Фактически, непосредственное взаимодействие двух или больше людей, напрямую реагирующих и отвечающих друг другу, настолько переплетено со «здесь и сейчас», что эти два понятия зачастую невозможно разделить.

Ялом многократно называл отдаваемое и получаемое в межличностных отношениях, а также происходящее в этом процессе научение краеугольными камнями своего подхода к групповой терапии. Он требует высокого уровня вовлеченности от всех членов группы, в которой честность и спонтанность поощряются и санкционированы. Неосуждающее принятие, самораскрытие, взаимная уязвимость и жажда самопознания — важнейшие элементы «терапевтических норм», которые он старается установить в группе. Испытав сильное влияние интерперсональной теории психиатрии, Ялом использует понятия «паратаксическое искажение»

и «консенсуальная валидация», чтобы сконструировать модель групповой психотерапии, основанную на принципах межличностных отношений и взаимодействий.

Лесц (Leszcz, 1992), последователь интерперсональной доктрины, испытавший сильное влияние Ялома, говорит о «критической важности межличностных отношений, являющихся окном, через которое терапевт может наилучшим образом получить доступ к внутреннему миру пациентов в группе» (стр. 43). Ормонт, основываясь на понятиях современного анализа, разделяет это мнение. Теория объектных отношений открыла для нас тот факт, что интроецированная самость и объектные репрезентации несут в себе интенсивный аффект, и что эти интернализированные интроекции вносят свой вклад в склонность человека проецировать свой внутренний мир на мир внешний (Ogden, 1982). Властью своей проективной идентификации люди заставляют, побуждают или провоцируют других во внешнем мире соответствовать своим ожиданиям и становиться невольными источниками своих внутренних страданий. Это становится жизненным сценарием, самоисполняющимся пророчеством и бессознательным вкладом в навязчивое повторение, выстраивая межличностные взаимодействия индивида таким образом, что его внешний мир начинает совпадать с его внутренними ожиданиями и переживаниями. Парадоксальным образом, знакомость этих переживаний приводит к некоему извращенному чувству комфорта, которое свидетельствует об удовлетворении потребности в постоянстве и неизменности жизни.

Ормонт говорит, что при таком подходе к групповому лечению ведущий, вероятно, не в силах будет обращать внимание на каждый стимул, чтобы не быть затопленным их потоком. Вместо этого, Ормонт рекомендует ему обращать специальное внимание на два феномена:

1. Как участники выражают свои новые чувства по отношению друг к другу.
2. Как они развивают свои эмоциональные отношения.

Терапевтическая стратегия, которая может быть здесь использована, названа Ормонтом «*bridging*» («наведение мостов»). Ормонт описывает наведение мостов как «технику, служащую для вызывания осмысленного разговора между членами группы и направленную на то, чтобы развить эмоциональные связи там, где их

до этого не было» (1992, стр.15). Правильно примененное наведение мостов оживляет группу, уменьшает отчуждение и повышает эмоциональную близость между участниками. Это требует от ведущего удерживать постоянный фокус на межличностных взаимодействиях в «здесь и сейчас» группы и вмешиваться, если таких взаимодействий не происходит.

Такая позиция требует также, чтобы ведущий временами был очень активен. Однако, уровень его активности должен быть напрямую связан с тем, взаимодействуют ли члены группы, открываясь друг другу честно, открыто и эмоционально. Если это происходит, ведущий не мешает им и старается играть настолько незаметную роль, насколько это возможно. Искусство и навык компетентного ведения группы — это знание о том, когда быть незаметным, а когда активным. Это также требует от ведущего внимания к тем моментам, когда эмоциональный обмен и общение теряются или уменьшаются. Терапевт должен уметь использовать собственный эмоциональный отклик как инструмент, типа эмоционального «счетчика Гейгера», отмечающий отсутствие прямой эмоциональной коммуникации и быстро сигнализирующий терапевту о необходимости исследовать то, что не дает членам группы открыто взаимодействовать.

В такие моменты активность ведущего направляется главным образом на то, чтобы как можно быстрее побудить людей к обмену своими непосредственными мыслями и чувствами. Группа как арена, где царят спонтанность и непосредственность, с большей вероятностью обеспечит участникам и ведущему глубокое ощущение аутентичности и актуальности переживаний. Однако, это может случиться, только если каждый из ее членов тотально вовлечен во взаимодействие с другими на эмоциональном уровне. Ормонт твердо уверен, что задействование аффективного уровня — это единственный путь действительного вовлечения и участия в группе. Общение посредством чувств совершенно необходимо, если нужно добиться характерологического изменения. Сила и энергия группы возрастает только через высвобождение эмоций, когда человек находится на «эмоциональной наковальне» группового опыта. Ормонт протестует против тенденции более классически обученных терапевтов делать слишком большой акцент на интерпретации и интеллектуальном понимании. Как и Фромм-Райхман (Fromm-Reichman), он присоединяется к мнению Ролло

Мэя о том, что «Пациент нуждается в переживании, а не в объяснении» (May, 1983, стр. 158).

Пример может помочь в прояснении этого момента.

В начале сессии амбулаторной психотерапевтической группы, которая собиралась еженедельно уже больше года, Бетти рассказала, что ухудшение ее физического состояния может потребовать хирургического вмешательства, и что ее работодатель решил сократить ее рабочее место, как только здоровье помешает ей выполнять свои обязанности. Пока остальная группа сидела, потрясенная и шокированная бессердечным решением нанимателя лишить ее работы, Бетти выразила гнев на то, что она назвала предательством, добавив: «Я-то думала, что люди, с которыми я работаю, заботятся обо мне!». После того, как ведущий дал Бетти достаточно времени, чтобы выплеснуть часть своего возмущения на людей, которые о ней не заботятся, он спросил, чувствует ли она, что люди здесь, в этой группе, заботятся о ней прямо сейчас. Бетти быстро ответила «да», но также добавила, что она сомневается в этом в отношении Тома, наименее демонстративного и меньше всего вербально поддерживающего члена группы. Том, слегка задетый ее комментарием, сказал, что, хотя все остальные так ясно озвучивали свое беспокойство и возмущение неподобающим обращением с ней ее нанимателя, его мысли были примерно такими: «Слишком все это многословно, и совершенно неважно». Несколько членов группы, которые и до этого были недовольны очевидной апатией Тома, повернулись к нему, обвиняя его в отчужденности, бессердечии и безразличии. Понаблюдав некоторое время за тем, как группа атакует Тома, ведущий вмешался, чтобы не дать сделать его козлом отпущения, поскольку было ясно, что тот превращается в контейнер для нежелательных и отрицаемых чувств всей группы. Ведущий, оставшись верным теме о не заботящихся людях, спросил группу: «Заботится ли кто-нибудь в группе о том, чтобы Тому была предоставлена свобода не выражать себя, или выражать непопулярные или отличные от других чувства?»

Пит, молчавший до этого момента, немедленно сказал Тому, что заботится о том, чтобы Том мог честно говорить о своих

чувствах, даже если они такие непопулярные, как безразличие. После еще одной побуждающей реплики ведущего, попросившего участников присвоить свои проекции на Тома, двое других членов группы присоединились к нему, признавшись, что им тоже было трудно выражать чувство заботы, потому что они пришли сегодня в группу, озабоченные своими собственными конфликтами и стрессами. Свободный и от контейнирования всего плохого, и от регрессивного сговора группы заботиться о Бетти, Том через несколько минут заговорил, протестуя против мнения группы: «Фактически, я очень даже забочусь о Бетти!» Затем он добавил, что его жена и ближайшие друзья всегда обвиняли его в том же самом (что он отдаленный и бесчувственный). Том попытался объяснить свою позицию дальше, говоря группе, что ему всегда было сложно демонстрировать свой интерес или заботиться о других, потому что он считал, что это ничего не изменит, и вообще это совершенно неважно. В этот момент Энди обратился к Тому со словами: «Я слышу то, что ты говоришь, но ты смотришь как на дерьмо, когда кто-нибудь говорит с тобой!» После слов Энди лицо Тома изменилось, и он сказал группе, что только что вспомнил постоянный спор с матерью в детстве о том, заботится ли о нем отец. Том вспомнил, как кричал своей матери: «Отец смотрит на меня, как на дерьмо, когда я говорю с ним!» Его мать всегда защищала отца, говоря Тому: «Твой отец заботится о тебе, даже если он этого не показывает». В этот момент Энди продолжил тему, обратившись к Тому: «Посмотри, что ты делаешь. Ты становишься таким же, как твой отец, и это жутко, это мой самый большой страх — стать таким, как мой отец».

Если членам группы позволить оставаться отчужденными и пользоваться выражениями типа «интересно было бы узнать» или «я думаю», они будут анализировать, комментировать и говорить о том, что они думают, но не будут эмоционально вовлечены. Ормонт стремится создать чувство общности, эту «реторту, в которой происходит обмен чувствами». Он подчеркивает, что эта атмосфера очень отличается от той, в которой приоритет отдается обучению, образованию и интеллектуальному инсайту. Ормонт уверен, что многие индивиды не реагируют на интерпретации, и к ним надо подходить со стороны чувств и действий. Они долж-

ны получить опыт, и это событие гораздо более вероятно, если члены группы взаимодействуют друг с другом непосредственно в данный момент. Как писал Ормонт, «Мы всегда хотим взаимодействия участников, чтобы группа была живой и подвижной, но бывают моменты, в которые это просто необходимо, поскольку иначе группа совершенно распадется» (1992, стр. 17).

Сплоченность или общность в группе

Ялом постоянно подчеркивал ценность сплоченности для групповой психотерапии. Он включил ее, как существенный компонент, в число своих двенадцати лечебных факторов, и придал ей специальный статус, указав, что даже если сплоченность сама по себе и не является лечебным фактором, все же она должна быть создана как можно быстрее, потому что без нее ни один из оставшихся одиннадцати факторов не может быть приведен в действие. Были проведены параллели между рабочим альянсом в индивидуальной терапии и сплоченностью в групповой (Flores, 1988, Leszcz, 1992). В большинстве случаев лечение будет очень затруднено, если не уделить достаточного внимания ее поддержанию. Однако, групповую сплоченность, как замечает Scheidlinger (1983), не следует путать со слипанием. Хотя установление терапевтической общности является критически важным, это не значит, что ведущий должен создавать атмосферу группы поддержки, где царит эмоциональное согласие и позволены только позитивные чувства друг к другу. Все, что удерживает членов группы от свободного переживания и выражения таких беспокоящих эмоций, как агрессия, зависть и страх, будет вести к одностороннему и нереалистическому групповому опыту.

Понятие терапевтической общности Ормонта во многом схоже с понятием сплоченности Ялома. Однако, Ормонтское определение сплоченного сообщества, включенное в это понятие, позволяет обрести более широкий и лучше интегрированный взгляд на сплоченность. Это один из его самых ценных теоретических вкладов, помогающий упрочению межличностного подхода к групповой психотерапии, добавляя последний краеугольный камень к трем главным элементам модели Ялома:

1. Здесь и сейчас,
2. Взаимодействие между участниками,
3. Сплоченность, или установление терапевтической общности.

Ормонт твердо уверен, что если ведущие создадут правильную смесь эмоциональной вовлеченности и взаимодействия всех участников группы, то они овладеют важным источником терапевтической силы и эффективности. Ормонт говорит, что если создана правильная атмосфера, то «эти люди поймут себя лучше вместе, будучи согласной массой, чем они когда-либо смогли бы, имея интерпретации или отдельные инсайты» (1992). Каждый из них как единица будет иметь больший потенциал для вложения и сложения, являясь интегральной частью работающей общности. Если терапевтическая общность создана правильно и действует как динамичное, активное целое, а индивиды полностью вовлечены эмоционально, то члены группы научатся друг от друга большему, чем можно было бы научиться у каждого отдельно. Несоглашательское принятие, честность и соблюдение обязательств будут результатом, если терапевту удастся сохранить вовлеченность каждого участника.

Акцент на непосредственности эмоциональной коммуникации — это то, что отличает современный групповой анализ от более ранних методов классического анализа. Цель подхода Ормонта — сделать игроками всех участников. Если побуждать членов группы говорить о своих чувствах и реакциях друг на друга, то они, как уверен Ормонт, получают гораздо больше пользы, чем если бы они говорили только о себе или своих проблемах. Как пишет Ормонт,

«Успешная группа движется вперед как целое. Если аналитик включает всех участников все время, он обнаружит, к своему удовольствию, что в скором времени они сами начнут поддерживать сплоченность группы. Они станут чувствовать любые нарушения своей целостности. Они будут бдительными по отношению к отстающим, к тем, кто не вносит своего вклада, и, таким образом, каждый участник станет частью организма, который представляет собой успешная группа».
(1992, стр. 14)

Установление терапевтических норм

Если ведущий способен удерживать членов группы во взаимодействии друг с другом, и если это взаимодействие увлекает всех участников, полностью включенных эмоционально в непосредственно происходящее здесь и сейчас, то члены группы с большей вероятностью осознают преимущества и блага, получаемые ими от своего участия в группе. Ялом считает, что одна из главных за-

дач ведущего — научить группу и ее членов тому, как выглядит и на что похожа хорошая групповая сессия. Учить — не значит говорить им, что делать; это означает дать каждому участнику возможность получить аутентичный эмоциональный опыт в группе, позволяя ему на опыте понять разницу между действительной встречей и абстрактным объяснением. Если это выполнено, то, по мнению Ялома, группа становится способной к самомониторингу. Такая группа автономна и отвечает за себя. Один из главных методов достижения такого состояния для ведущего — быть источником идентификации и подражания для членов группы. Ялом называл ведущего «образцовым участником», подчеркивая различные и подчас уникальные навыки, требуемые для этого. Подобным образом, и определение терапевта современным психоанализом (как «участника-наблюдателя») оказало очевидное влияние на Ормонта, утверждающего, что ведущему иногда нужно быть реальным объектом для членов группы. Присутствие ведущего в группе временами требует от него большего, чем выполнение функций отстраненного, невовлеченного наблюдателя, комментирующего групповой процесс.

Определение Яломом ведущего как образцового участника поднимает некоторые очень важные вопросы, касающиеся его нейтральной позиции и уровня прозрачности. Как считают Диес и Лесц (Dies и Leszcz, 1992), прозрачность не означает, что терапевт должен демонстрировать все свои чувства и реакции. Norm Neibergh (1993) напоминает, что прозрачность может касаться двух уровней, а именно (1) личной истории терапевта или (2) его Я, как реальной личности. Прозрачность первого уровня редко бывает уместной, а второго — иногда требуется, при некоторых условиях. При использовании прозрачности терапевта всегда следует руководствоваться здравым смыслом. Она должна служить интересам участников, а не быть для ведущего средством удовлетворения собственных личных потребностей или самовозвеличивания. Ведущему нужно развить навык различения реакций и чувств, возникающих у него в связи с группой, и чувств, которые он принес на терапевтическую встречу. Лесц, обсуждая терапевтическое использование прозрачности, пишет: «Это задача терапевта — найти приятные способы говорить неприятные вещи, чтобы помочь группе двинуться дальше занятия тем, чем она сейчас занимается» (1992, стр. 54).

Ормонт много писал о том, как важна способность ведущего использовать собственные чувства, чтобы помогать расшифровывать, идентифицировать и оценивать отрицаемые переживания группы. Как он говорит, «худшие терапевты — это те, кто не в контакте со своими чувствами или в рабстве у них до такой степени, что чувства диктуют им способ представления» (1992, стр. 52). Хотя Ормонт считает, что, будучи терапевтами, мы должны уметь различать объективный и субъективный контрперенос, вызываемый пациентами, но вместе с тем он подчеркивает, что наша чувствительность и собственная человечность — самый точный лечебный инструмент.

Отделенность от своей потенциально богатой эмоциональной жизни не только лишает нас самого ценного инструмента, но также может создать опасную иллюзорность эмоциональной доступности. Как считает Ормонт, если ведущий постоянно эмоционально отстранен и использует только интерпретации, полагаясь на интеллектуальное осознание, то члены группы будут моделировать себя по этому образцу. Ормонт пытается перебросить мост через пропасть между кушеткой и стулом аналитика, подчеркивая то влияние, которое терапевты, будучи отстраненными экспертами, могут оказывать на группу или индивида. Временами терапевтам нужно становиться доступным «реальным объектом», активно пробуждающим потенциал для реальных отношений и личного обмена в «здесь и сейчас». Ормонт предупреждает, что терапевты могут подкреплять отстраненность пациента, становясь еще одним звеном в цепи тех важных и могущественных людей, которые притворяются, что интересуются им, или притворяются эмоционально доступными. Такой сценарий еще более потенциально деструктивен, если пациенты тоже должны притворяться, что интерес терапевта реален. В действительности и пациент, и терапевт знают, на некоем подсознательном уровне, что реакции терапевта определяются в большей степени его представлением о своей роли, чем чувствами, которые пациент в нем пробудил. Лэйнг (Laing, 1972) остроумно выразил эту дилемму как «отсутствие присутствия терапевта» или (еще более деструктивный вариант) — «присутствие отсутствия терапевта».

Успешная групповая психотерапия требует, чтобы участники чувствовали себя свободными пробовать новое поведение и идти на риск. Установление правильной групповой атмосферы для это-

го требует надлежащего сочетания сплоченности, честности, непосредственности, эмоциональной вовлеченности и взаимодействия между членами группы. Один из главных путей выполнения этой задачи — дать участникам возможность наблюдать за аутентичным и эмоционально вовлеченным ведущим.

Группа как целое

Любой компетентный интерперсонально-ориентированный групповой терапевт знает, что динамики группы имеют огромное влияние на чувства и поведение отдельных участников. Невозможно противостоять регрессивному давлению или эмоциональному заражению группового климата. Стадии группового развития диктуют темп группы и вносят свой вклад в действия, сопротивления, защиты и трансферентные искажения каждого из участников. Это невозможно отрицать, и этого нельзя избежать. Хотя Ялом и Ормонт посвятили этим вопросам меньше времени в своих работах, они не ошибались в оценке их важности. Но, вместо акцента и фокуса на данном феномене, они скорее считали, что акцент должен быть сделан на реальных аутентичных отношениях (или на их недостаточности), существующих в группе. В отличие от большинства моделей, ориентированных на группу как целое, их подходы не фокусируются на групповых динамиках, если только сопротивление группы как целого не начинает препятствовать или мешать взаимодействию между участниками.

Как знает любой компетентный ведущий, интервенции на уровне группы полезны, когда группа застревает или запутывается в базисных допущениях Биона (1961). Однако, как убедительно показывает Браун (D.G. Brown, 1985), базисные допущения могут быть ятрогенными, или поддерживаться присутствием недоступного или пассивного ведущего, который мешает или не содействует искреннему человеческому эмоциональному контакту. Любое окружение, которое является воссозданием или патологическим подобием дисфункциональной семьи, вероятнее всего, породит групповое сопротивление в виде зависимости, спаривания или борьбы-бегства. Любое собрание трех или более людей, не позволяющих себе подлинного интимного контакта, скорее всего, столкнется с реакциями базисных допущений. Каждый раз, когда трудные чувства в отношениях отрицаются или не выражают-

ся, группа и ее члены регрессируют до более примитивной стадии эмоционального функционирования.

Ормонт и Ялом отстаивают более активную вовлеченность ведущего в моменты, когда он замечает развитие в группе потенциала для базисных допущений. Как пишет Ормонт, «Вместо того, чтобы быть пассивным и ждать, пока участники увидят, что они делают (как часто поступают классические аналитики в индивидуальном анализе), мы не ждем, пока сопротивление возникнет, мы выносим его на первый план, используя помощь участников» (1990, стр. 7).

Интервенции на уровне группы как целого не игнорируются полностью, особенно когда группа сговаривается, чтобы избежать эмоционально заряженной темы. Скорее, интервенция применяется таким способом, который все-таки удерживает фокус на межличностном обмене участников. Например:

В начале сессии продолжительной терапевтической группы, собиравшейся еженедельно в течение нескольких лет, Фред, относительно новый участник, начал говорить о своих смешанных чувствах по отношению к группе и к некоторым из ее членов. К кому-то он чувствовал близость, а другие вызывали у него чувства враждебности и страха. Продолжая адресовать свои очень смелые и честные реакции другим членам группы, он признался, что установление и поддержание близких, интимных отношений с людьми было крайне трудным и пугающим для него. Другие члены группы присоединились к нему, признавшись, что они тоже имеют смешанные чувства к некоторым людям в группе, что напоминает им их личные конфликты за пределами группы. Вдруг, посреди этого важного разговора, Стив, один из самых шумных и агрессивных участников, начал говорить о таких же трудностях со своей бывшей подругой и «оторвался» в пятиминутный монолог о неизбежных трудностях, которые существуют в любых отношениях. Ведущая, пользуясь собой как эмоциональным барометром, заметила, что становится более отстраненной и безжизненной по мере того, как Стив продолжает этот разговор с самим собой, и что группа начала отступать назад, в более комфортную болтовню об отношениях вообще, вместо продолжения обмена чувствами по отношению друг к другу. Улу-

чив момент, когда Стив ненадолго умолк, чтобы обозначить конец предложения, ведущая посмотрела на троих наиболее отстраненных участников и сказала: «Я надеюсь, что вы трое и остальная группа понимаете, что Стив сейчас делает для группы». Через несколько секунд, нужных группе на то, чтобы понять, о чем она говорит, ведущая продолжила: «Он помогает всем убежать от неопределенности эмоционального обмена, происходящего в группе, и сбежать в безопасные события, существующие за пределами непосредственных отношений в группе прямо сейчас». После этого группа снова начала разбираться с тревогой, содержащейся в их собственных отношениях друг с другом.

Заключение

Ялом и Ормонт во многом отличаются друг от друга, что не нашло своего отражения в данной главе. Моей целью было исследовать и подчеркнуть их сходства, в надежде, что идентифицированные сходные элементы обеих теорий могут обеспечить более завершенное и неоспоримое обоснование для интерперсональной групповой психотерапии. Ялому было по справедливости отдано должное за создание систематического подхода к групповой терапии, который подчеркивает взаимодействие между членами группы. Ормонт внес в данный подход массу инноваций и творческих перспектив, хотя он никогда не считал себя последователем Салливана или интерперсональным теоретиком, а твердо стоит на почве современной психоаналитической теории. Положение, когда две различные теоретические перспективы имеют сходные взгляды на некоторый предмет, является обогащающим и волнующим. Определение Ормонтом «принципа непосредственности», «наведения мостов» и «установления терапевтической общности» дополняют Яломовские понятия «здесь и сейчас», «взаимодействие» и «сплоченность». Они оба считают, что ведущий должен принимать на себя активную роль в создании эмоционального климата участия, и в гораздо большей мере активировать экспериментальный компонент, чем когнитивный. Оба также красноречиво и временами страстно пишут о важности сотворения аутентичного опыта членами группы.

Критика Ялома

Прежде, чем закончить главу, посвященную интеракционной модели групповой психотерапии Ялома, важно напомнить, что существует множество других прекрасных подходов, отличающихся от этой модели. Современный аналитический подход Ормонта прекрасно дополняет модель Ялома, не изменяя радикально его базисные предпосылки и рекомендации. Позже в данной книге будут представлены альтернативные точки зрения, уделяющие особое внимание требованиям поздней стадии для успешного лечения аддиктов и алкоголиков. Теория объектных отношений и психология самости в особенности изобилуют полезными рекомендациями по работе с характерологическими особенностями, которые почти всегда сопутствуют аддикции.

В заключение этой главы важно еще раз подчеркнуть, что модель Ялома необходимо изучить и понять. Это в особенности актуально для новичка или начинающего группового психотерапевта. Когда я думаю о модели Ялома и творческом подходе в групповой психотерапии, я вспоминаю великих мастеров: Эрв Полстер, Боб Гулдинг, Луис Ормонт, Фриц Перлз, Энн Алонсо, Скотт Рутан и Ивонн Агазарян. Каждый из них известен тем, что перешел общепринятые границы и нормы, создав и разработав революционные формы групповой психотерапии. Тем не менее, прежде, чем стать мастерами в своей собственной манере, каждый из них изучал основы науки.

Это правило, несомненно, применимо ко всем творческим формам искусства. Например, Пикассо знаменит своими абстрактными работами и кубизмом. Способность творчески нарушать фундаментальные правила сделали его бессмертным. Но, пройдясь по музею Пикассо в Испании, мы обнаружим, что его ранние эскизы и картины были вполне реалистическими. Его более ранние работы демонстрируют, что Пикассо был настоящим мастером и в традиционном искусстве, акцентирующем детали, форму, композицию, контрасты и выразительность. Его работа демонстрирует аксиому, применимую к любому новаторству и творчеству. Ты должен знать правила, прежде чем узнаешь, как их нарушать. То же самое относится и к групповым ведущим. Прежде, чем они сумеют нарушить правила группы, они должны сперва узнать, в чем эти правила состоят. Поэтому для ведущего настолько важно тщательно

изучить одну модель или подход к групповой терапии. Как только такая модель четко усвоена, ведущий может свободно нарушать правила, используя собственную креативность. Модель Ялома, более, чем какая-либо другая, предоставляет ведущему свободу. Она обучает здоровым практическим принципам групповой психотерапии, особенно подходящим для ранних стадий групповой работы с выздоравливающими аддиктами или алкоголиками.

Глава 5.

Модификации интеракционной модели Ялома

В результате исследования, проведенного в связи с огромным наплывом алкоголиков и аддиктов, начавших лечиться в 1970-х, было обнаружено, что стратегии лечения, работающие с неаддиктивными пациентами, не обязательно работают с аддиктами. Первой среди таких стратегических неадекватностей было усиленное использование врачами наркотиков и медикаментов для лечения психических или поведенческих расстройств. В то время как современная психиатрия двигалась все дальше в сторону определения психических болезней как биохимических нарушений, требующих фармакологического вмешательства, лечение аддикций возглавило движение в противоположном направлении. Наркотики и медикаменты — это не решение, они сами и есть проблема! Поскольку современная медицина и фармакология не имели ответа на аддикцию, аддиктивные индивиды вынуждены были обращаться за помощью и решением своих проблем в другие места. Эта неудача привела к революции движений самопомощи и Анонимных Алкоголиков в 1940-х. Психологическое и медицинское сообщества до сих пор не полностью оправились от этой революции, и пытаются понять, какую роль, если она вообще есть, они должны играть в лечении аддикций.

Потребности лечения аддикций требовали, чтобы стереотипная медицинская модель и все присущие ей нелепости были отброшены или, по меньшей мере, переоценены таким образом, чтобы стать применимыми к аддиктам и алкоголикам. Не только лекарства или наркотики не были ответом, но и индивидуальная психотерапия в том виде, в котором она практиковалась по обычаям того времени, была признана в лучшем случае неадекватной, а в худшем — деструктивной. То, что групповая терапия должна объединить усилия с лечением аддикций, было неизбежно по нескольким причинам. Первая из них — это параллельная эволюция: аддикция становилась узнаваемым и идентифицируемым рас-

стройством, со своим собственным набором симптомов и динамик, и групповая терапия узаконивалась как независимый метод лечения, со своей собственной теорией и обоснованиями своего применения. В то время, как аддикция требовала альтернативных методов лечения, групповая психотерапия начинала завоевывать признание как жизнеспособная альтернатива для лечения психических и поведенческих расстройств.

Хотя групповая психотерапия постепенно стала признанным методом выбора в лечении аддикций, модель, на которой она изначально основывалась, была в основном разработана по результатам практики амбулаторной психотерапии неаддиктивных пациентов. В конце концов, было обнаружено, что теоретические и практические соображения, на которых основывается амбулаторная групповая психотерапия неаддиктивной популяции, не всегда применима к химически зависимой. Вследствие этого, в существующие принципы групповой психотерапии были постепенно внесены изменения, для того, чтобы они могли соответствовать реальностям лечения аддиктивных пациентов.

Было ясно, что если групповая терапия — эффективный инструмент для лечения аддикций, то она должна быть связана — настолько ясно, насколько это возможно — с исчерпывающей теорией аддикции и практическими концепциями ее лечения или прекращения. На этом этапе некоторые из научных открытий и клинических рекомендаций специалистов, работающих с аддиктами постоянно, начали формировать направления лечения и групповой психотерапии.

В начале 1970-х аддикции находились в фокусе исследований результатов лечения. В широком обзоре 384 работ по лечению алкоголизма Эмрик (Emrick, 1974) указывал, что, хотя некоторые виды лечения превосходят по результативности отсутствие всякого лечения, но различия профессионально применяемых клинических методов не оказывают заметного действия на результат в долгосрочной перспективе. Его открытия были подтверждены Stinson et al. (1979), которые обнаружили, что «товарищеское лечение» («peer-oriented care») — Анонимные Алкоголики или ориентированные на абстиненцию двенадцатишаговые лечебные подходы — были более успешны в достижении выздоровления, чем профессионально-ориентированные методы. Эти результаты совпадали с данными Струппа и Хэдли (Strupp и Hadley, 1979), по-

казывающими, что неспецифические факторы в психотерапии (т.е. характеристики терапевта) могут быть более важны, чем специфические (т.е. техники) в достижении успеха в лечении.

В связи с этим возник вопрос: какую роль, если она есть, играют профессионально-ориентированные системы в лечении алкоголизма, если принимать во внимание факт, что ориентированные на равных программы типа АА обеспечивают более простую, более успешную и более дешевую его форму? (Stinson et al., 1979).

Учитывая результаты исследований, стало очевидно, что будет полезным более пристально изучить возможность симбиотических отношений между профессиональными и товарищескими системами лечения аддикций. Уоллес (Wallace, 1978b), Браун и Ялом (Brown и Yalom, 1977) и Каммингс (Cummings, 1979) в один голос утверждали, что тесные рабочие отношения увеличат успешность лечения. К тому же, существует большое количество алкоголиков, которым не помогла товарищеская система АА (Emrick, Lassen и Edwards, 1977). В этом свете специалисты по лечению аддикций начали видеть возможность того, что каждому подходу есть, что предложить, и они могут дополнять друг друга в той мере, в какой их интересует успешный результат лечения.

Смарт, Шмидт и Мосс (Smart, Schmidt и Moss, 1969) признавали, что групповая терапия уже стала «догмой» в лечении алкоголизма, хотя еще наблюдался некоторый дефицит достаточно обоснованных клинических исследований эффективности этого метода. Они обнаружили, что, по крайней мере в Соединенных Штатах, групповая терапия по большей части используется среди пациентов верхнего среднего класса и (гораздо реже) среди представителей нижнего среднего класса. Вследствие этого, принятые тогда принципы групповой терапии нуждались в изменениях, чтобы соответствовать реалиям и нуждам лечения аддиктивных пациентов.

Зачастую терапевты, у которых имеется опыт только индивидуальной терапии, или опыт работы лишь с обычными пациентами, бывали вынуждены взять на себя обязанности ведущего психотерапевтической группы для аддиктов. Поскольку групповая психотерапия сложна и требует наличия ряда определенных особых навыков, многие группы, проводимые необученными или плохо обученными специалистами, не выполняли своей функции или даже оказывали негативное воздействие на темпы выздоровления пациентов. Очевидно, что существует необходимость в обучении

потенциальных групповых психотерапевтов, которые ведут или будут вести группы, состоящие из химически зависимых лиц.

Соображения о лечении и групповой психотерапии

В последние пять лет было проведено большое количество исследований и накоплен богатый клинический опыт, определивший специфические способы адаптации групповой психотерапии к характерным особенностям аддиктивных пациентов. Также увеличивалось согласие среди тех, кто регулярно работал с аддиктами в формате групповой терапии. Khantzian, Halliday, McAuliffe (1990), Vannicelli (1988a), S. Brown (1985), Matano и Yalom (1991), а также автор этой книги (Flores, 1988) представили массу соображений о тех способах адаптации и модификации, с помощью которых испытанные стратегии групповой терапии могут быть приведены в соответствие со спецификой этих пациентов. Все специалисты согласны, что абстиненция — основной, если не самый главный элемент в выздоровлении злоупотребляющего химическими веществами. Все также поддерживают идею участия в двенадцатишаговых программах параллельно с прохождением групповой терапии. Все эти авторы исходят из перспективы, основанной на теоретической модели интеракционной групповой терапии Ирвина Ялома (1975). В дополнение к теории Ялома, большинство из них также адаптировали многие принципы психодинамической групповой терапии, с некоторыми изменениями в технике, основанными на специальных соображениях о склонности химически зависимых лиц возвращаться к приему веществ, если их тревогу, стыд, гнев и чувство вины не удастся сохранять на переносимом уровне. Это особенно верно на начальной фазе лечения. Понятие оптимальной фрустрации — необходимый компонент группового опыта, и, в связи со своей важностью, оно будет рассмотрено более детально в Главе 6.

Хотя существует множество уникальных особенностей аддикций, о которых ведущий группы, состоящей из химически зависимых лиц, должен быть осведомлен, также важно, чтобы он знал об обычных целительных силах, доступных любой хорошо проведенной терапии. Некоторые из перечисленных ниже позиций особенно важны в лечении аддикции:

1. Позитивная товарищеская поддержка и побуждение к воздержанию от алкоголя и наркотиков.

2. Взаимная идентификация и возможность осознать свое неоди-ночество и неуникальность в страдании от навязчивой одер-жимости веществами.
3. Возможность лучше понять собственные установки и отрица-ние аддикции через конфронтирование сходных установок и защит у других алкоголиков и аддиктов.
4. Экспериментальное научение и обмен фактической информа-цией, убеждающей в том, что абстиненция является несомнен-ным приоритетом. Это облегчает принятие пациентом само-идентификации в качестве алкоголика или аддикта.
5. Идентификация, сплоченность, надежда и поддержка, обеспе-чиваемые в обстановке, которая структурирует и дисципли-нирует с помощью ясно определенных ограничений и соот-ветствующих последствий. Это помогает аддиктам научиться различать то, за что они несут ответственность, и то, за что не несут.
6. Химически зависимые лица получают возможность осознать, как их межличностный характерологический стиль мешает их способности устанавливать удовлетворяющие, здоровые и ин-тимные отношения с другими.

Последнее является особенно важным, потому что очень ред-ко можно встретить злоупотребляющего веществами человека, который не имел бы либо расстройства характера, либо иной ха-рактерологической патологии, которая служит причиной его по-стоянных трудностей в межличностных отношениях. Трудности формирования и поддержания здоровых межличностных отно-шений особенно важны для выздоровления, потому что неспособ-ность их устанавливать — главный фактор, приводящий к срывам и возвращению к употреблению веществ. Как пишут Ханзян, Хал-лидей и МакОлифф (Khantzian, Halliday и McAuliffe, 1990), «Хотя изначально человека на лечение приводит прием наркотиков, но именно лечение характера ведет не только к отказу от наркотиков, но также и к глубокому изменению в переживании себя и мира... В конечном счете, мы считаем лечение расстройств характера доро-гой к выздоровлению от аддикции» (стр. 3).

Продолжительный опыт лечения аддиктов убеждает, что их не-способность формировать взаимно удовлетворяющие и эмоцио-нально близкие отношения с другими увековечивает их внутрен-нюю уязвимость, которая постоянно ведет их к поиску внешних

источников стимуляции или удовлетворения (т.е., алкоголя, наркотиков, секса, еды, игры, порнографии, работы, и т.д.). Вследствие этого, они склонны заменять одну аддикцию другой. Из-за их патологий характера отношения, которые они формируют, по всей вероятности, будут такими же деструктивными, одержимыми и аддиктивными, как и субстанции, которые они употребляют.

Как часто говорят в АА, «У алкоголиков не бывает отношений, они берут заложников». Поскольку большинство злоупотребляющих веществами испытывают огромные трудности в регулировании своих эмоций и импульсов, они требуют очень большого количества поддержки, удовлетворения и структурирования на ранних стадиях лечения, пока у них не хватает силы эго для проработки дефектов характера и защитных структур. Управляя интенсивностью их эмоций (для предотвращения срыва), заставить их увидеть свой самодеструктивный межличностный стиль — это деликатная задача, которую ведущий группы должен выполнить, чтобы аддикты достигли внутренних изменений, необходимых как для абстиненции, так и для здорового функционирования.

Из-за множества смущающих и конфликтующих воздействий, которыми ведущий должен управлять, ведя группу химически зависимых лиц, важно, чтобы он хорошо разобрался в языке и философии АА и других двенадцатишаговых программ. Матано и Ялом (1991) настоятельно рекомендовали терапевтам хорошо освоить язык, шаги и традиции АА. Для этого есть несколько причин, одна из которых — в склонности аддиктов и алкоголиков использовать АА в качестве сопротивления терапии, преднамеренно или из-за неправильного восприятия программы. Как утверждают Матано и Ялом, «Важно, чтобы терапевт не позволял использовать неправильное понимание АА как сопротивление терапии, и чтобы он мог задействовать мудрость АА для достижения своих целей» (стр. 269).

Многие прекрасные терапевты были обижены искаженным взглядом АА на них, как на «невежественных профессионалов», которые не смогли помочь АА и его членам в прошлом. Матано и Ялом указывают на некоторые способы восстановления доверия, интегрируя философию АА в интеракционный формат. Существуют и другие прекрасные изложения и толкования АА, которые позволяют ведущему получить лучшее понимание их принципов с более научной, аналитической и психологической точек зрения (см.

Flores, 1988a; Kurtz, 1982; Thune, 1977). Ведущему, который хочет работать с данной популяцией постоянно, надлежит обязательно изучить то, что АА предлагает профессионалам, для лучшего понимания и лечения химически зависимых индивидов.

Лечение на ранней и поздней стадии

Для эффективной организации лечения и наблюдения аддиктивных пациентов в группе важно разделить этот процесс на две различные стадии. Джон Уоллес (John Wallace, 1978b) описывал лечение алкоголика как «процесс, зависимый от времени». В сущности, это означает, что терапевтические интервенции для недавно начавшего выздоравливать наркомана или алкоголика сильно отличаются от тех, которые подойдут достигшим нескольких месяцев или лет абстиненции и трезвости. Способы терапевтического обращения с химически зависимым лицом в группе определяются рядом факторов. Сила эго пациента, патология характера, мотивация, отрицание и продолжительность абстиненции — важнейшие элементы, которые должны быть внимательно взвешены. Однако, длительность промежутка времени, прошедшего с последнего употребления вещества — наиважнейший из них по ряду причин. Прежде всего, это объясняется результатами физиологических, нейропсихологических и других нейрофизиологических исследований, открывших, что большинство злоупотребляющих веществами в течение первых нескольких месяцев абстиненции когнитивно и психологически неполноценны, и неспособны реагировать на что-либо, кроме рудиментарных компонентов психотерапии (Flores, 1988b). Другой чрезвычайно важный вопрос — это изначальный отказ злоупотребляющих веществами считать аддикцию главной причиной своих поведенческих и эмоциональных трудностей. Их деструктивный защитный процесс осложняется склонностью возвращаться к приему веществ при слишком быстром возрастании тревоги или депрессии до невыносимого уровня. Самая трудная задача на ранних стадиях терапии — это противодействие отрицанию в сочетании с поощрением самораскрытия и самоосознавания, с одновременным сохранением тревоги на переносимом уровне. Однако, постепенный переход от поддержки, ободрения и мягкой конфронтации на позицию, которая в конце концов вынудит их холодно и твердо взглянуть на патологию своего характера и болезненное эмоциональное прошлое,

является совершенно необходимым, чтобы произошли действительные характерологические и эмоциональные изменения. Следовательно, ведущему нужно знать, как уравнивать воздействия и управлять этим переходом, применяя различные лечебные стратегии, соответствующие ранней и поздней стадиям выздоровления пациента.

Следующая иллюстрация может помочь объяснить те заметные изменения, которые вскоре происходят, если алкоголик точно продиагностирован и получает соответствующее лечение.

Элис, 35-летняя белая женщина, более пяти лет амбулаторно лечится в местном центре психического здоровья. Она “замучила” шесть разных терапевтов своими буйными выходками и требовательным провокационным поведением. У нее диагностировали пограничное личностное расстройство, и никто из амбулаторных сотрудников не хотел брать ее на себя, поэтому ей рекомендовали участие в амбулаторной группе, в которой я был ко-терапевтом. По мере того, как Элис продолжала посещать еженедельные занятия своей группы, стало очевидно, что ее эксплозивные выступления в группе и трудности вне группы обычно следовали за серьезными и длительными запоями. Через шесть месяцев после начала занятий я обратил ее внимание на эти патерны в ее поведении. Обычно пациентка была невосприимчива к моим замечаниям, но постепенно она стала реагировать более благосклонно, после того, как другие участники группы поделились сходными наблюдениями. Не имея возможности отрицать общее мнение группы, Элис согласилась с решением, что она должна бросить пить и обратиться за помощью в лечении алкоголизма. После завершения тридцатидневной амбулаторной терапевтической программы она вернулась в группу и продолжила посещать встречи в рамках программы “Анонимные Алкоголики”. Ее поведение на сеансах нашей группы драматически изменилось. Она научилась терпеть возражения со стороны других членов группы и в первый раз проявила восприимчивость к реакциям и замечаниям других пациентов. Ранее она реагировала на несогласие яростными нападениями на окружающих, а теперь научилась рассматривать альтернативные точки зрения. Изменения в ее поведении были

настолько очевидны, что те врачи, у которых она была ранее на приеме, начали высказывать положительное мнение о возможной эффективности моих методов и самой группы. Они не осознавали, что ее абстиненция и участие в программе АА в первый раз дали ей возможность выносить психологическое вмешательство. Хотя в то время я был только аспирантом, мне понравилась известность, которую мне принес этот успех, и я не стал разубеждать врачей, которые приписали улучшение в состоянии пациентки моим терапевтическим навыкам. В действительности, все дело было в правильно поставленном диагнозе, который позволил ей обратиться за помощью в связи со своим первичным заболеванием (алкоголизмом). Вместо того, чтобы повторить часто встречающуюся ошибку и тщетно пытаться справиться со вспышками аффекта, вызванными ее зависимостью, я потребовал, чтобы пациентка бросила пить, и воспользовался помощью группы, чтобы подкрепить это требование.

Рекомендации для групповой психотерапии

Любое применение групповой психотерапии как лечебной меры должно опираться как на теорию группового лечения, так и на теорию аддикции. Для лечения алкоголиков и наркоманов наиболее приемлемой является модель групповой психотерапии, основанная на разработанном Яломом (1975, 1985, 1995) интеракционном подходе. На поздних стадиях лечения будет необходимо модифицировать некоторые техники, чтобы включить в данный подход взгляды современных аналитиков и селф-психологов. Применяемые техники должны, по мере возможности, соответствовать общим правилам, приведенным в исследовании Брауна и Ялома (1977), дополненном позже Матано и Яломом (1991). Рекомендации для поздней стадии Ханзяна, Халлидея и МакОлиффа (1990), Флореса и Махон (1993) могут быть использованы после достижения стойкой абстиненции. Более подробное описание этих рекомендаций будет приведено в Главе 11.

Сейчас будут описаны отдельные стратегии и рекомендуемый протокол. Лечение будет рассматриваться как процесс, зависимый от времени, в соответствии с работами Уоллеса (1978b), расширенными Браун (S. Brown, 1985) с ее определением выздоровления, как «процесса или модели развития». Дальнейшее описание будет по-

священо тактикам, выделенным Каммингсом (Cummings, 1979) в его работе по терапии исключения (exclusion), и другими клиницистами (Матано и Ялом) и исследователями (С. Браун, 1985), которые настоятельно рекомендуют сделать абстиненцию основной целью терапии. Модель интеракционной группы следует отличать от группы, основанной и проводимой в соответствии с основными положениями программы «Анонимные Алкоголики», описанными Emrick, Lassen и Edwards (1977) и Alibrandi (1978).

Протокол

Ниже приводится краткое описание протокола стратегии лечения в рамках групповой психотерапии.

Начальные стадии терапии должны следовать описанию «терапии исключения», приводимому в работе Каммингса (Cummings (1979)). Этот подход, прежде всего, требует рассмотрения вопроса употребления наркотиков, и подразумевает, что пациент будет исключен из группы, если он или она не согласится с тем, что целью лечения является абстиненция. Таким образом, на ранних стадиях лечения центром внимания является алкогольная (или иная) аддикция.

Во время первых двух месяцев работы большая часть времени, отведенного на занятия группы, будет уделяться обучению концепции болезни в применении к алкоголизму, и созданию того, что Ялом называет «сплоченностью группы» (1985). В этот период группа станет источником поддержки и структуры, в соответствии с рекомендациями Уоллеса (1978b). Постепенно необходимо предпринимать шаги для того, чтобы группа перешла от модели поддержки к интеракционной модели, описанной Яломом (1974). В этот период активный и директивный ведущий, необходимый на ранних стадиях, должен предоставить участникам возможность стать более активными и взять на себя больше ответственности за работу группы (Wallace, 1979).

В большинстве случаев, все первые шесть месяцев лечения будут посвящены «только» поддержанию трезвости, при этом практически не будет предприниматься шагов для поощрения личностных изменений (Wallace, 1978b). Согласно работе Браун и Ялома (1977), в этот период участников группы не следует побуждать к самоанализу, разве что на неглубоком и поверхностном уровне. Данная стратегия требует, чтобы все терапевтические вмешательства про-

исходили в медленном темпе (Brown & Yalom, 1977; Wallace, 1977b). Динамики возможно будет исследовать более подробно лишь после девяти-двенадцати месяцев трезвости (Brown & Yalom, 1977).

Большая часть времени, отведенного на лечение, должна быть посвящена конфронтации системы отрицания (Wallace, 1975; Cummings, 1979). Огромное внимание должно быть уделено тому, чтобы алкоголик постепенно узнавал и признавал свои скрытые чувства. Обычно с чувством невыносимой вины проще всего справиться, предоставив общую упрощенную когнитивную структуру алкоголизма как заболевания (Wallace, 1975). Стратегии, которые приводит Уоллес (1978), необходимо применять для того, чтобы справиться с «излюбленной защитной структурой» алкоголика.

Лечение алкоголизма, с этой точки зрения, должно рассматриваться как процесс, зависимый от времени, как это описано Уоллесом (1975) и подтверждено Браун и Яломом (1977). По сути, это означает, что определенный вид терапевтического вмешательства, эффективный в работе с алкоголиком, недавно начавшим лечение, может быть совершенно неприемлемым для пациента, который провел уже несколько лет в трезвости.

Ниже приводятся рекомендации Уоллеса в отношении терапии, специфической для алкоголизма:

1. Алкоголика можно описать в терминах излюбленной (или избранной) защитной структуры (ИЗС). Эту ИЗС не следует определять негативным образом. Фактически, ее вообще не надо рассматривать в терминах классического языка защитных механизмов. ИЗС алкоголика можно рассматривать как набор навыков и способностей — тактик и стратегий, если хотите, — необходимых для достижения его целей.
2. Принятая на данный момент в общей практике терапия для алкоголиков, как это нередко бывает, пытается разрушить ИЗС алкоголика, вместо того, чтобы найти ей активное применение с целью достижения длительной абстиненции. Терапевтические методы, которые слишком рано и слишком активно пытаются разрушить ИЗС алкоголиков, повышают вероятность продолжения алкоголизации, а не снижают ее.
3. Лечебные программы, успешно помогающие добиться абстиненции, например, программа «Анонимные Алкоголики», частично обязаны своим успехом интуитивному признанию

того факта, что ИЗС алкоголика необходимо защищать и использовать, а не противостоять ей и радикально ее изменять.

4. Парадоксально, но факт, что те же самые защитные механизмы, которые алкоголик использовал для того, чтобы продолжать пить, можно эффективно направить на достижение абстиненции.
5. Так же парадоксален и тот факт, что защитные механизмы, способствующие как продолжению злоупотребления алкоголем, так и абстиненции, необходимо разрушить с целью достижения долгосрочной трезвости. Однако, во многих случаях этот этап роста должен иметь место в период от двух до пяти лет абстиненции (1978b).

Основная лечебная программа

Для того, чтобы минимизировать специфические трудности, очень важно следовать рекомендациям Паттисона (Pattison, 1979) и выявить характеристики, присущие популяции алкоголиков, участвующих в лечебном процессе. Мур (Moore, 1973, стр. 224) описывает типичного алкоголика следующим образом:

«работающий, или хотя бы в какой-то степени платежеспособный пациент, нижний средний класс или выше, не обязательно с психологическим складом ума, не слишком психопатичный, но, скорее всего, «эссенциальный» или «реактивный» алкоголик. Он иногда выказывает признаки довольно серьезной депрессии, при этом без значительных повреждений мозговых функций, принимает участие в лечении более или менее добровольно, возможно, все еще проходит (или недавно прекратил) семейную терапию, оплату производит либо из своих средств, либо по страховке, либо лечение производится в государственной клинике. Другими словами, я говорю о большей части наших алкоголиков. Хотя уличные пьяницы могут привлекать больше внимания, они составляют лишь от трех до пяти процентов общей популяции».

Далее, необходимо определить, существуют ли какие-либо личностные характеристики, общие для всех членов описанной выше популяции. Все когда-либо производимые попытки идентифицировать личностные переменные, непосредственно связанные с алкоголизмом, всегда приводили к неопределенным и противоречи-

вым результатам. Многие указывают на то, что среди алкоголиков можно обнаружить различные личностные типы (Pattison, 1966; English, J., 1975). Несмотря на негативные выводы, к которым привели их исследования, ученые не считают, что нужно отказаться от попыток вывести личностную модель алкоголика (Barnes, 1979). Уоллес (1975) подчеркивает, что сила убежденности в существовании так называемой «алкогольной личности» является прямой функцией степени вовлеченности в долгосрочные программы работы с алкоголиками. Он основывает доказательства этой точки зрения на интуитивных знаниях программы АА, полученных в результате многолетнего успешного лечения алкоголиков. В рамках братства АА человек может считаться алкоголиком как личность, независимо от того, пьет он или нет, и алкогольная личность может восстановиться в любой момент в форме «сухого пьяницы». Кроме того, АА признает тот факт, что многие сильно пьющие люди не обязательно являются алкоголиками (А.А. Publications, 1960). С другой стороны, Уоллес считает, что концепция алкогольной личности не признается теми, кто интересуется проблемами алкоголизма лишь вскользь или только с академической точки зрения.

Доказательства существования общих характеристик личности алкоголика (пост-алкогольной личности) имеют серьезное значение для терапевтических методик. В недавнем обширном обзоре литературы Бернс (Barnes, 1979) выдвинул предложение разбить понятие алкогольной личности на два разных описания — пост-алкогольную и пре-алкогольную личности (Barnes, 1979). Существует огромное количество данных, которые доказывают существование различных личностных параметров, отличающих пост-алкоголиков от невротиков, психотических пациентов и не-алкоголиков (методики ММРІ, Полезависимость, Интернальность-Экстернальность (ІЕ) и Личностный опросник Айзенка). В то время как параметры личности пост-алкоголика обычно бывают достаточно характерными, идентификацию личности пре-алкоголика с достаточной степенью определенности удалось провести лишь в лонгитюдном исследовании шкалы Мак-Эндрю ММРІ (Hoffman, Kammer & Loper, 1974). Результаты этого исследования показывают, что сам процесс заболевания приводит к определенным изменениям, которые свойственны всем алкоголикам. Значение этого вывода для наших целей состоит в том, что он позволяет установить значительную степень гомогенно-

сти личностных характеристик пост-алкоголиков. Уоллес (Wallace, 1975) согласен с этим мнением, заявляя, что «гораздо плодотворнее считать множество сходных черт, свойственных алкоголикам, обычным результатом алкоголизма, чем свидетельством сходства их предшествующих алкоголизму состояний». Эти данные являются убедительным доказательством того, что алкоголики, вследствие своего заболевания, являются достаточно гомогенной группой.

Аддиктивная личность

Хотя существует множество ошибочных представлений о зависимой личности, недавно обнаруженные данные позволяют заключить, что сам по себе опыт аддикции может породить характеристики, общие для большинства аддиктивных пациентов. Большинство исследований в области зависимостей связаны с алкоголизмом, но при этом широко признается тот факт, что многие алкоголики в анамнезе имеют и другие формы зависимости, а также злоупотребляют наркотиками. Вследствие этого, я предлагаю читателю для краткости объединить эти два вида заболевания. Приводимый ниже обзор литературы приводит к заключению, что существуют лишь ограниченные данные о существовании пре-алкогольной личности, и, вместе с тем, сильны доказательства существования общих пост-алкогольных характеристик, которые имеют серьезное значение для лечения.

Множество исследований на эту тему выявили их постоянные трудности в области конфликтов зависимости, и большинство работ рисуют образ типичного клинического психопата или социопата. Однако, существует одно очень важное отличие, которое часто остается незамеченным. Оно хорошо описано в работе Баттон (Button, 1956): «Первичный пик на шкале Pd и вторичный на D, наложенные на сравнительно «невротический» (в отличие от психотического) профиль, сами по себе показывают, как алкоголик воспринимает себя: как несчастного, напряженного, ожесточенного человека, который каким-то образом чувствует себя ответственным за многие проявления агрессии и враждебности, которые он видит вокруг себя» (стр. 271). Button далее цитирует Buhler & Lefever (1947), указывая на очень важное отличие. «В отличие от психопата, алкоголик сбегает с нечистой совестью». Эту позицию также разделяет Апфельдорф (Apfeldorf, 1978), который пишет,

что получающий высокие баллы по субшкале МакЭндрю Миннесотского опросника является «наглым, несдержанным, самоуверенным человеком, который легко сходится с другими». Апфельдорф говорит, что алкоголик или аддикт, который кутит, играет в азартные игры, бездельничает и буянит, тем не менее, «тянется к религии и использует подавление, веру и вдохновение для того, чтобы сдерживать свои импульсы». Этот анализ показывает, что личность алкоголика состоит из многих факторов и компонентов, включая живую и активную общительность, антисоциальные установки, религиозность и чувство вины. Апфельдорф считал потенциально плодотворной попытку аккумулировать разбросанный набор характеристик, чтобы исследовать работы МакЭндрю и другие композитные профили ММРІ, потому что картина, созданная подобными контент-анализами, очень похожа на заимствование из источников программы АА. Поверхностность, эгоизм, отсутствие контроля над импульсами, чувство вины — все это имеет огромное значение в терапевтическом подходе «Анонимных Алкоголиков» (А.А. Publication, 1955).

Вырабатывая консенсус по личностному профилю по ММРІ на основании вышеупомянутых исследований, мы приходим к образу алкоголика как эгоистичного, незрелого, общительного, зачастую поверхностно привлекательного человека, демонстрирующего поведение, которое обычно ассоциируется с нарциссической личностью, за исключением огромного чувства вины и стыда, которое проявляется в моменты трезвости.

Большинство недавних исследований в области оценки личности, связанных с алкоголизмом, концентрировались на изолированных измерениях и дифференциации между алкоголиками и неалкоголиками (Tarter & Sugarman, 1976; Donovan & O'Leary, 1975). Анализируя согласованные данные, показывающие, что алкоголики являются более зависимыми или экстермальными, чем другие группы, исследователи скорее склонны поддерживать гипотезу предрасположенности, чем гипотезу последствий. В сущности, гипотеза последствий рассматривает полезависимость и экстермальность как последствия пьянства, а гипотеза предрасположенности говорит о том, что полезависимость и экстермальность являются предрасполагающими факторами. Мало исследований было проведено с целью выявления изменений с течением времени. Исследователи обычно с удовлетворением принимают вывод о том, что

алкоголик может перестать пить, но его когнитивное функционирование и основные характеристики личности, конечно, останутся неизменными.

Отправное исследование Дэнехи (Danahy, 1977) показывает, что это может быть неверным. Если принять критерии выздоровления программы Анонимных Алкоголиков, то есть то, что алкоголик должен произвести в самом себе определенные изменения, чтобы бросить пить, то ожидаемое следствие состоит в том, что потребление алкоголя прекращается лишь наряду с определенными личностными или когнитивными изменениями. Одно из логичных объяснений растущего интереса к этому исследованию — это то, что существуют доказательства связи между контролем, зависимостью и аддикцией. Конфликты и когнитивные стили, связанные с зависимостью, могут привести к преувеличенной потребности в контроле (или стать ее результатом). Это вероятное последствие конфликта вокруг потребности в зависимости. Вывод из этой теории предполагает, что изменение в уровне потребления алкоголя приведет к изменениям в степени ориентации на зависимость и контроль (Danahy, 1977).

В результате столь убедительных интерпретаций, в рамках данной общей теоретической системы в ряде эмпирических исследований был использованы различные виды измерений. Большинство из них были направлены на отношения между зависимостью, контролем и аддикцией. Используя результаты Виткина (Witkin & Oltmen, 1967) по полезависимости и Роттера (Rotter, 1966) по интернальному-экстернальному локусу контроля, были получены противоречивые свидетельства сходства и различий алкоголиков и аддиктов.

Хотя существуют определенные противоречия при определении интернальной или экстернальной ориентации алкоголиков, было выдвинуто несколько возможных объяснений, касающихся неожиданных выводов об их интернальной направленности. Госс и Мороско (Goss и Morosko, 1970) предлагают два возможных заключения, имеющих отношение к проблеме алкоголизма. Первое — это то, что алкоголики верят в то, что могут контролировать потребление алкоголя, а второе — что они могут также научиться тому, что у них под рукой всегда есть доступный способ контроля своего настроения.

Oziel, Obitz & Kerpon (1972) предполагают, что пассивно-агрессивное пьянство и социальное поведение, наблюдаемое у алкоголиков, является попыткой интернально контролируемых индивидов противостоять манипуляциям других, которые хотят, чтобы они бросили пить. Disterfano, Pryer & Garrison. (1972) поставили под сомнение общепринятую теорию о том, что интернальный locus контроля — это непременно хорошая вещь. Они говорят о том, что «золотая середина» между низкими показателями алкоголиков и высокими показателями обычной психиатрической популяции, возможно, является более важным признаком психического здоровья. Рассматривая показатели по IE, Gozali и Sloan (1971) предположили, что, возможно, психотерапия для алкоголиков должна быть направлена на смену локуса контроля с интернального на экстернальный. Именно этого всегда пыталась добиться программа АА. Она настаивает на признании «бессилия против алкоголя» и предоставлении контроля «высшей силе». Хотя, конечно, нельзя говорить, что правильность позиции программы была доказана результатами исследований по шкале IE, но можно предположить, что программа АА подчеркивает те черты личности алкоголика, которые могут быть терапевтически значимы.

Ценности и зависимость в лечении алкоголизма

Аддиктивное поведение и сложности в межличностных отношениях (Szasz, 1966) налагают свой отпечаток на систему ценностей индивида. Для того, чтобы лечение было успешным, оно непременно должно приводить к изменениям или перестройке ценностных приоритетов. Рокич (Rokeach, 1973) предоставляет убедительные доказательства того, что ценности существуют как стабильные сущности, что их можно проанализировать, и они являются критически важными при воздействии на установки и поведение индивида. Кроме того, их легко можно изменить с помощью эффективного психотерапевтического воздействия.

Исследователи выдвинули предположение, что, возможно, религиозные или духовные аспекты концепции «Высшей Силы» программы «Анонимные Алкоголики» ускоряют процесс выздоровления. Джекобсон и Риттер (Jacobson и Ritter, 1977) провели Тест жизненных целей (PIL) и Исследование ценностей Оллпорта-Вернона-Линдсея (SOV) среди алкоголиков, участвующих в тридцатидневной лечебной программе. Они сообщили о значительных

изменениях в показателях тестов, которые были проведены вскоре после поступления больных и вновь повторены незадолго перед выпиской. Результаты показали, что, несмотря на противоположные ожидания, были обнаружены значительные корреляции между показателями повторного PII и шкалами Религии и Эстетики SOV.

Вопросы лечения

Гомогенность и гетерогенность

Итак, алкоголики и наркоманы, вследствие своего заболевания, могут быть довольно гомогенной группой. Как подчеркивает Ялом, гомогенность группы в определенном смысле может препятствовать процессу роста. Гетерогенность в областях конфликта и гомогенность по силе эго — вот два фактора, важных для композиции группы (Yalom, 1975). Ялом считает, что «гомогенные группы гораздо быстрее становятся сплоченными, предлагают больше поддержки своим участникам, в них выше посещаемость, меньше конфликтов, и они обеспечивают гораздо более оперативное симптоматическое облегчение» (стр. 261). Зачастую терапевт сталкивается именно с такой ситуацией в группе выздоравливающих алкоголиков. Разумно было бы способствовать концентрации группы на гомогенной проблеме алкоголизма в начале терапии, и использовать это обстоятельство как можно интенсивнее для получения от него наибольшей пользы. Однако, группа чаще всего состоит из людей различных профессий и с различными интересами, и самого начала между ними есть лишь одна точка соприкосновения — их общий конфликт с потреблением алкоголя. Постепенно, по мере того, как абстиненция становится меньшей проблемой, а развитие все больше становится предметом обсуждения, терапевт зачастую обнаруживает, что у участников группы наблюдаются самые разнообразные проблемы, возникшие в результате пьянства. Терапевт должен полностью использовать также и это преимущество.

Пассивность и полезависимость

Работы Witkin, Karp & Goodenough (1959), Rotter (1966) и Blane (1968) подтверждают общее мнение о том, что алкоголики являются когнитивно и психологически более зависимыми личностями, чем лица, не страдающие алкоголизмом. Такой вывод также

можно сделать из исследования Браун и Ялома (1977). Они обнаружили, что зависимость или контрзависимость выражаются в их поведении, но при этом алкоголики категорически отрицают существование какой-либо зависимости. Это наблюдение особенно интересно в свете исследований Donovan и O'Leary (1975) по дифференциации интернального-экстернального локуса по Роттеру среди алкоголиков. Судя по результатам этого исследования, у алкоголиков наблюдается либо более интернальная, либо более экстернальная направленность контроля, чем у неалкоголиков.

Исследования, применяющие теорию полезависимости -полenezависимости, разработанную Witkin & Oltman (1967), достаточно последовательно показали, что алкоголики более полезависимы, чем неалкоголики (Tarter & Sugarman, 1976). Браун и Ялом (1977) в рамках своего исследования также обнаружили подобные паттерны. Они объяснили возникновение этого феномена тем, что алкоголики не способны полностью воспринимать себя изнутри. Многие члены группы, принимавшие участие в их исследовании, основывали свое поведение на внешних сигналах. «Например, они сканируют окружающую обстановку, ищут указаний от других, пытаются определить, чего окружающие от них ожидают. Затем они посредством самообмана конвертируют эти внешние сигналы в ощущение, что они сделали активный выбор. При этом большая часть их поведения — не следствие собственных решений. Они не могут обратить взор внутрь себя, спросить себя, чего они хотят, и действовать в соответствии с этим». (стр. 488).

Fehr (1976) считает, что такой стиль алкоголиков проявляется в пассивно-зависимом поведении. Schiff & Schiff (1971) обсуждают сложности, связанные с лечением пациентов с существенной степенью пассивности. Основное затруднение в их лечении — это то, насколько часто пассивные пациенты преуменьшают свои проблемы или отрицают их наличие. В типичном случае, осознав в конце концов существование проблемы, они не видят ее значимости в своей жизни. И даже осознавая ее значимость, пассивно-зависимые субъекты часто усложняют ситуацию тем, что считают свои трудности неразрешимыми и не надеются на положительные изменения в своей жизни.

По данным Fehr (1976), алкоголики часто неспособны осознать настоящие причины своего пьянства, и еще чаще не рассматривают избыточное потребление алкоголя как значительную проблему

в своей жизни. Вместо того, чтобы смотреть на алкоголиков как на людей, которые не хотят бросить пить, лучше концептуализировать их как тех, кто не осознает возможности другого стиля жизни. Напротив, пациенты-невротики часто идентифицируют свои основные проблемы еще до того, как поступают в психотерапевтическую группу. Обычно они приходят сами, поскольку хотят изменить свое поведение. Как утверждает Fehr, в такой ситуации терапевт становится консультантом, задача которого — слушать и направлять клиента. Терапевт обычно даже пытается ограничить его собственный вклад, и склонен делать ошибку, осуществляя слишком сильные интервенции. В этом состоит отличие от работы с алкоголиками, где ошибка чаще всего состоит в том, что вмешательство терапевта недостаточно сильно. Чем более активным и директивным будет психотерапевт, тем эффективнее будет его работа (Fehr, 1976; Johnson, 1969; Wallace, 1975).

В условиях групповой терапии алкоголики склонны поддерживать пассивность друг друга (Fehr, 1976). Группа спланируется вокруг темы алкоголизма, его причин и способов избавления от него, они бесконечно обсуждают достоинства программы «Анонимные Алкоголики» и затрагивают массу побочных тем. Участники таких групп известны своей тенденцией идентифицировать самих себя и друг друга как алкоголиков, а не просто людей, таким образом ограничивая объем своего открытого взаимодействия. На начальной стадии мало что из общения между пациентами в группе может считаться продуктивным с терапевтической точки зрения (Fehr, 1976). Важно понять, что традиционные процедуры групповой терапии, в которых основное внимание уделяется взаимодействию между участниками, не стоит применять на ранних стадиях лечения, поскольку они сравнительно неэффективны при работе с пассивными, зависимыми алкоголиками. Тем не менее, эти процедуры нужно вносить в план лечения по мере того, как члены группы становятся более зрелыми и способными функционировать в рамках группы.

Факторы времени

Разумное лечение выздоравливающего алкоголика должно быть долгосрочным. Отдельная терапевтическая интервенция, используемая для невротиков, может быть совершенно неприемлемой для алкоголика, который недавно бросил пить, или даже для того,

кто достиг нескольких лет трезвости. Ялом считает, что даже большинству непьющих пациентов требуется от 12 до 24 месяцев для возникновения значительных изменений, хотя кризис можно разрешить и в более короткие сроки. Лучше всего рассматривать проблему потребления алкоголя алкоголиком в качестве кризиса, с которым нужно разобраться прежде всего. Программа АА и большинство медицинских систем, ориентированных на алкоголиков, признают, что первый год лечения ориентирован на кризис, и неразумно было бы настаивать на изменениях на слишком ранней стадии процесса выздоровления («АА», 1960; Chambers & Wallace, 1978; Johnson, 1969).

Терапевт может обнаружить, что в некоторых случаях весь первый год лечения приходится заниматься «лишь» поддержанием трезвости, при этом почти или вовсе не уделяя внимания стимуляции личностных изменений. Браун и Ялом (1977) рассматривают важность временного аспекта в лечении алкоголизма: «Терпение и надежда психотерапевта придают уверенности тем пациентам, которые фрустрировали большинство несостоявшихся помощников, и потому оказались покинутыми ими. От терапевта требуется неизменная, постоянная и надежная поддержка, и это не лучшая обстановка для тех, кому нужно немедленно удовлетворить свою потребность быть целителем» (стр. 437).

В каком-то смысле, терапевт должен осознать, что в работе с клиентом-алкоголиком все терапевтические процедуры происходят в медленном темпе. Терапевт должен продвигаться вперед с осторожностью, понимая, с одной стороны, что для изменений необходимы тревога и конфликт, но, с другой стороны, слишком много тревоги и конфликтов могут подтолкнуть алкоголика к тому, чтобы справиться с ситуацией с помощью алкоголя. Ялом признает, что, хотя алкоголики часто хотят измениться, они все же понимают, что действительно многое потеряют, перестав пить, и поэтому сопротивляются участию в терапевтическом процессе.

Структура

Еще один фактор, влияющий на это общее отвращение к изменениям, был описан Браун и Яломом (1977) как жесткая система защиты типичного алкоголика. «Участники группы замечали друг в друге тенденцию занимать жесткие позиции, которые они обозначили, как «черное и белое» или «все или ничего». Алкоголи-

ки часто демонстрируют большую склонность к определенности. Их суждения о людях, событиях и ситуациях часто бывают весьма категоричными. Согласен с этим мнением и Уоллес (1978): «Существует лишь очень немного воспринимаемых ими альтернатив, и это в основном да — нет, черное — белое или другие дихотомизированные категории. Именно в этом смысле говорится, что их мышление имеет характер 'все или ничего'» (стр. 23).

В связи с этим Уоллес считает, что алкоголики предпочитают структурированность, они стремятся к тому, чтобы события были предсказуемы и четко организованы. Например, собрания Анонимных Алкоголиков являются одними из наиболее структурированных социальных встреч. Как рассказывает Уоллес (1977), встречи АА в Южной Калифорнии начинаются с чтения пятой главы книги «Анонимные Алкоголики». «Вот, например, алкоголик из Анахайма, стаж трезвости 10 лет, ходит на встречи АА три раза в неделю, ему пришлось выслушать один и тот же текст 1560 раз!» (стр. 23, 1939). Браун и Ялом (1977) тоже говорят о важности предоставления терапевтом системы поддержки, на которую пациент может положиться. «Таким образом, жизненно важно, чтобы участники группы были убеждены в том, что группа будет продолжать свою работу, и всегда будет собираться в назначенное время» (стр. 442). Это обстоятельство подчеркивает важность долгосрочности терапии. Ялом считает, что более краткосрочные групповые циклы не могут обеспечить стабильного постоянного сообщества, которое необходимо для выздоровления.

Система отрицания

Алкоголиков легче всего описать в терминах их излюбленной защитной структуры, которая включает в себя наиболее используемые механизмы отрицания, рационализации, проекции, интеллектуализации и минимизации (Wallace, 1975). Обычно это приводит к тому, что группа состоит в основном из алкоголиков, которые не представляют себе, что именно они чувствуют, и вследствие этого действуют на основании искаженного восприятия всего с ними происходящего. Поскольку алкоголики, судя по всему, не осознают взаимосвязи между пьянством и своими проблемами, специалисты приходят к выводу, что они прибегают к отрицанию. Многие считают, что алкоголизм — это «болезнь отрицания» («АА», 1939; Tiebout, 1953; Wallace, 1978). Вместо того, чтобы воз-

мущаться тем, что алкоголик явно отказывается понимать, что же он чувствует, терапевт должен осознать, что именно это и является проблемой, которую надо постепенно разрешать, предоставляя пациенту поддержку, терпение и понимание.

Наиболее сложная задача в лечении алкоголизма состоит в том, чтобы уменьшить отрицание и стимулировать самоосознание и раскрытие, при этом одновременно сведя тревожность к минимуму. Это означает, что терапевт должен быть удовлетворен постепенно повышающимся уровнем самоосознания, а не требовать внезапных, драматических прорывов. Как четко показывает Ялом (1975), «воздушные замки» или «насущенная ложь» часто бывают чрезвычайно важными для личностной и социальной целостности (стр. 216). Он предупреждает, что их нельзя воспринимать несерьезно, или импульсивно разрушать во имя честности. Ответственность терапевта по отношению к пациентам и их задачам важнее честности, и эта ответственность должна преобладать над склонностью к использованию определенных техник или к конфронтации ради нее самой. Более того, терапевт должен обеспечить терапевтический контекст, в котором пациенту предоставляется высокий уровень поддержки в то время, как он постепенно открывает в себе определенные личностные аспекты и раскрывает их перед другими. Терапию алкоголизма лучше всего описать как состоящую из важных выборов и решений, принимаемых в условиях слишком сильных обвинений или слишком маленькой ответственности, слишком большой вины или слишком сильной социопатологии, слишком бурного гнева или слишком большого подчинения, слишком сильного отрицания или слишком сильного самораскрытия (Wallace, 1975).

Психотерапия в этом контексте отличается от стандартного лечения, поскольку терапевт должен постоянно взвешивать каждое вмешательство, зная, что слишком быстрые действия или слишком сильная конфронтация могут привести к возобновлению потребления алкоголя. С такой ситуацией можно справиться лишь путем осторожного зондирования и осознания того, что если изменений не произойдет, то пациент вскоре вернется к прежним привычкам. Эта тема будет пронизывать весь процесс лечения, но в идеальном варианте она будет меньше беспокоить терапевта по мере того, как будет увеличиваться срок поддержания трезвости.

Терапия алкоголизма, в ее современной форме, слишком часто пытается уничтожить избранную систему защиты алкоголика, вместо того, чтобы использовать ее для стимуляции абстиненции. Терапевтические методы, которые преждевременно пытаются противостоять системе защиты, скорее повышают, чем понижают, вероятность возобновления приема алкоголя. Парадоксально, но факт: те защиты, которые алкоголик использует для того, чтобы продолжать пить, можно эффективно использовать для достижения абстиненции (Wallace, 1977). Также парадоксально и то, что те же самые защитные механизмы, которые способствуют алкоголизму и могут помочь добиться абстиненции, нужно будет устранить для достижения долгосрочной трезвости. Тем не менее, во многих случаях для начала этого этапа роста требуется поддерживать абстиненцию от двух до пяти лет («АА», 1955; Wallace, 1977).

Программа «анонимные алкоголики» и групповая психотерапия

Возможно ли принадлежать одновременно и к программе «Анонимные Алкоголики», и к психотерапевтической группе? В отношении этого вопроса недавно были разработаны новые стратегии. Предлагаемые ведущими теоретиками в данной области альтернативы, основанные на многолетнем клиническом опыте, указывают на то, что тесные рабочие взаимоотношения с программой «Анонимные Алкоголики» повышают эффективность лечения (Brown & Yalom, 1977; Cummings, 1979; Wallace, 1975, 1978b). Например, в своем описании «терапии исключения» Каммингс (1979) дает описание тактики, сочетающейся с программой АА, где основной целью лечения является абстиненция.

Алкоголикам необходима огромная поддержка для того, чтобы достичь абстиненции и поддерживать ее. Браун и Ялом (1977) были озабочены тем, что интеракционная группа (в которой необходимы и конфликт, и принятие) не сможет предоставить ту полноту поддержки, которая требуется в процессе выздоровления, но они разрешили эту проблему, предлагая участникам группы при необходимости обращаться за помощью в программу «Анонимные Алкоголики». Тем не менее, они беспокоились, что двойная принадлежность помешает прогрессу в интеракционной группе. Сначала возник некоторый диссонанс между двумя модальностями, поскольку необходимо было заполнить разрыв между про-

граммой АА и стереотипом «невежественных профессионалов», возникшим у некоторых алкоголиков. Эта проблема была разрешена указанием участникам группы на то, что программа АА и групповая терапия выполняют очень различные, хотя и одинаково значимые функции в их выздоровлении. Существуют определенные факторы, которые АА может предоставить участникам, в отличие от группы, и наоборот. Замечательным примером является проблема потребности в зависимости. По своему формату встречи АА удовлетворяют ее. Новым участникам предлагают положиться на программу, на других участников и на «Высшую Силу», чтобы поддерживать абстиненцию. Психотерапевтическая группа, с другой стороны, удовлетворяет потребность в зависимости ровно настолько, чтобы удержать пациента в группе.

В идеале прочное, продолжительное членство в АА освобождает индивидов для полного участия в терапевтической группе. АА может служить системой поддержки, помогающей в вопросах с алкоголем и позволяющей переносить фрустрации терапевтического процесса. Фактически, активное членство должно приветствоваться, но терапевт также должен хотеть и быть способным опровергнуть заблуждения, предрассудки и искажения фактов об АА.

Уоллес (1978а) говорит, что участие во встречах АА является, по своему результату, бихевиоральной программой изменения, применяющей практически методы достижения и поддержания трезвости. «Позитивное подкрепление (социальное признание и статус как следствие трезвости), социальное моделирование (доступность ролевых моделей и их поведения для обучения тому, как оставаться трезвым), десенситизация (редукция тревоги и вины через разделение общего опыта, смех и общее веселье по поводу прошлых поступков, связанных с алкоголем, и общая атмосфера социального принятия), а также когнитивные поведенческие изменения (когнитивная реструктуризация самого себя, своего поведения и алкоголизма), являются теми аспектами АА, которые наиболее конгруэнтны с современными вариантами поведенческой терапии» (стр. 102).

Матано и Ялом (1991) поддерживают интеграцию АА и других программ самопомощи в лечебный процесс, и даже заходят так далеко, что рекомендуют модифицировать интеракционную мо-

дель для усвоения и приспособления языка программ самопомощи. Они пишут:

«Чтобы терапевт был эффективен в работе с алкоголиками, ему следует быть хорошо знакомым с традициями АА. Для этого есть две причины: (1) позаимствовать знание АА и инкорпорировать его в терапевтический процесс и (2) заметить и предотвратить неправильное использование понятий АА — а именно, их искажение и использование для сопротивления терапии».(стр. 279).

Как они далее утверждают, они не верят, что интеракционная групповая психотерапия должна стремиться заменить собой АА и ее важность для выздоровления аддикта или алкоголика. Скорее, они рекомендуют, чтобы «групповой терапевт активно заручался помощью АА». Матано и Ялом также говорят о заблуждениях, которые профессионалы и члены АА имеют друг относительно друга. Эти заблуждения будут обсуждены в Главе 6, при исследовании АА, ее двенадцати шагов и двенадцати традиций.

Рабочие отношения между АА и групповой терапией могут способствовать процессу выздоровления. Рекомендации, приведенные в этой главе, должны не только помочь лечебному процессу; они должны также научить ведущих групп избегать многих обычных ловушек, которые встречаются каждому терапевту, работающему с этой непростой популяцией.

Глава 6.

Психодинамическая теория

А ддикцию можно объяснить и понять со многих различных точек зрения. Концепция болезни — это одно из таких объяснений, имеющее самую долгую историю и, что еще важнее, самые основательные причины для практического применения. Она была единственным подходом, который имел практические результаты в виде успешного лечения и выздоровления. Исторически, существовало множество альтернативных взглядов с бихевиоральной, спиритуальной, когнитивной, транзактной, феноменологической, культуральной, социологической, биологической, генетической, экзистенциальной, психологической и эпидемиологической перспектив. Многие из этих объяснений были вполне обоснованными и правдоподобными. Однако, только одна точка зрения — концепция болезни — продемонстрировала полезность для лечения алкоголизма, подтверждаемую и через продолжительный промежуток времени. Если сказать короче, то концепция болезни выдержала испытание временем. Новые методы, со всеми своими большими обещаниями, продвинутыми объяснениями и всеобщим воодушевлением, увядают быстрее, чем прошлогодние поп-звезды. Это не значит, что в медицинской науке должны царить традиция и ортодоксия. Напротив, альтернативные объяснения, особенно такие, которые либо дополняют прагматические аспекты с другой точки зрения, либо, в случае аддикции, обеспечивают более тонкое и глубокое описание того же феномена, чрезвычайно важны для того, чтобы в будущем химически зависимые лица могли получать более эффективную помощь.

Одно из таких альтернативных объяснений — «гипотеза самолечения» (“self-medication hypothesis») Ханзяна (Khantzian et al., 1990). Основываясь на ранних теоретических рассуждениях и формулировках Кохута (Kohut, 1977b), Ханзян выдвигает альтернативное объяснение аддиктивного процесса, которое не только совместимо с концепцией болезни, но также расширяет ее полезными и практичными теоретическими формулировками, которые могут облегчить выздоровление и лечение аддиктов и

алкоголиков. «Гипотеза самолечения» имеет важное применение в групповой психотерапии. Она не только помогает развить существующее объяснение аддикции, но также и дополняет тот способ, которым лечат химическую зависимость АА и другие двенадцатишаговые программы. Перспектива психологии самости (селф-психологии, или психологии Я) дает альтернативные объяснения тому, почему двенадцатишаговые программы работают именно так, и тому, что исцеляющие силы, действующие в этих программах, имеют прямое отношение к стратегиям, которые нужно акцентировать в групповой терапии, если имеешь дело с химически зависимыми лицами.

Чтобы поместить эти взаимодополняющие отношения в соответствующую им перспективу, будет полезно понимать, как эволюционировали АА и другие двенадцатишаговые программы, и почему они достигли такого успеха. В последние двадцать лет многие лечебные заведения и организации начали применять принципы двенадцатишаговой программы «Анонимных Алкоголиков», пытаясь адаптироваться к сложной ситуации резкого обострения алкогольных и наркотических проблем. При этом была сохранена целостность самой программы АА, несмотря на то, что возникновение бесчисленного количества новых расстройств привело к необходимости адаптации «Двенадцати шагов» к динамике ряда конкретных зависимостей, появившихся в последние несколько лет. «Анонимные Наркоманы», «Анонимные Кокаионисты», «Анонимные Игроки», «Взрослые Дети Алкоголиков», «Созависимые», «Ал-Анон», группы нарушителей пищевого поведения (анорексия, булимия и т.д.) и даже «Анонимные Эмоционалы» применяют принципы программы «Двенадцать шагов», достигая в целом успешных результатов. Что же общего есть у этих разнообразных нарушений, что позволяет извлекать одинаковую пользу из одного и того же подхода?

Конечно, многие лечебные факторы (универсальность переживаний, вселение надежды, сплоченность и т.д.), выявленные Яломом (см. Главу 15), могут действовать в том формате группового лечения, который применяется в программе «Анонимные Алкоголики». Здесь также можно привести довод, что принципы АА (честность, личностная оценка, исправление дефектов характера, помощь других и т.д.) могут быть полезны любому человеку, который захочет применить их в своей жизни. Хотя все

это может быть справедливым, данное заявление все же упускает из виду важную связь, которая существует между различными видами зависимостей и личностными переменными. Важно понять общие черты и сходные характеристики, которыми обладают все пациенты, подверженные аддикции. Те, кто знаком с программой «Анонимные Алкоголики», знают, что многие из них бросают пить, избавляются от многочисленных проблем межличностного общения и полностью изменяют свою жизнь. Многие алкоголики, достигнув абстиненции, начинают вновь получать удовольствие от жизни и строят в дальнейшем продуктивные, здоровые и успешные карьеры и взаимоотношения. Тем не менее, существует равное количество лиц, которые не в состоянии поддерживать трезвость и продолжают действовать в соответствии со своими разрушительными паттернами, сходными с другими навязчивыми состояниями и зависимостями. Они страдают от постоянных срывов, зачастую заменяя одну проблему (кокаин, героин, марихуана) другой. Многие становятся подвержены булимии, страдают от избыточного веса или от анорексии. Потребление ими пищи становится столь же навязчивым и неконтролируемым, как и потребление алкоголя и наркотиков. Они становятся трудоголиками, гемблерами (азартными игроками) или увлекаются сексом сверх меры — так же, как раньше пользовались химическими препаратами, чтобы справиться с пустотой, скукой и депрессией, которые грозят полностью поглотить их. Они не могут добиться здоровой трезвости, и поэтому никогда не знают покоя. Для обозначения такого типа людей в программе «Анонимные Алкоголики» используется термин «сухой пьяница» («dry drunk»). Они прекращают употреблять алкоголь, но их личностные характеристики не меняются. Даже Большая Книга «АА» признает, что программа, возможно, применима не к каждому пациенту.

«Есть и такие несчастные. Они не виноваты, похоже, они родились такими. Они, естественно, не способны постичь и развить такой стиль жизни, который требует скрупулезной честности. Их шансы на выздоровление ниже средних. Кроме того, есть люди, которые страдают от серьезных эмоциональных и психических расстройств». (стр. 58, AA World Services, 1939).

Вопросы, касающиеся тех пациентов, которые постоянно срываются, и причин их неудач, требуют понимания и ответа. Очень хотелось бы списать таких людей со счетов, сказав, что они не готовы «постичь программу» или еще «не достигли дна». Отец Мартин, симпатичный католический священник, похожий на эльфа, с возмущением относится к такой установке. Он любит повторять: «Конечно, вы правы, заявляя, что лошадь можно привести к воде, но нельзя заставить ее пить. Но вы можете сделать так, чтобы она почувствовала жажду!» Отец Мартин убежден в том, что профессионалы не имеют права занимать нейтральную или отстраненную позицию, работая с алкоголиками и наркоманами. Напротив, они должны искать способы, чтобы мотивировать алкоголиков или пациентов, страдающих от других зависимостей, и привлекать их к лечению. Естественно, один из способов повысить их жажду лечиться — это обеспечить их чем-то питательным и удовлетворяющим. Это требует понимания специфической динамики, присущей пациентам, страдающим от многочисленных зависимостей и зачастую заменяющим одно расстройство другим. Понимание их состояния поможет профессионалу обращаться с ними, принимая во внимание дефициты, приводящие к тому, что они чувствуют себя неудовлетворенными и истощенными.

Патология характера и аддикция

Данный заголовок подводит нас к цели данной главы. Недавний прогресс в понимании природы зависимостей пролил свет на запутанную проблему тех, «кто, может быть, слишком болен, чтобы понять суть программы». Их болезнь может быть связана с состоянием, которое описывается рядом различных терминов — патологии характера, личностные расстройства, структурный дефицит или диффузное Я. DSM IV (APA, 1980) называет такие состояния «личностными расстройствами». Психиатрические и психоаналитические классификации личностных расстройств основаны на повторяющемся наблюдении, что пациенты, демонстрирующие симптомы, обусловленные дезадаптивной структурой личности, разделяются на несколько групп по принципу схожести наборов личностных черт. Более того, аналитическое исследование схожих по описанию пациентов выявляет широкое сходство между их базовыми конфликтами и опытом периода раннего развития. Хотя эти классификации были разработаны для того, чтобы выделить

группы среди людей с личностными расстройствами, они предлагают полезные рамки и для выделения «типов людей» вообще. Личностные расстройства отличаются от типов личности не присутствием каких-либо определенных патологических черт, а несоответствующим проявлением этих черт в межличностных взаимоотношениях таких пациентов. Люди с расстройствами личности склонны видеть неразрешенные драмы из своего раннего опыта таящимися в своей повседневной жизни, и отвечают ригидными попытками противостоять им, несмотря на внутреннее беспокойство и неспособность адаптироваться. На самом деле, стресс и регрессивные преимущества болезни часто затуманивают разницу между здоровьем и заболеванием, и психиатрическая классификация используется наряду с некоторыми общими описательными синонимами, применяемыми для описания стандартного набора личностных типов, встречающихся в психиатрической практике.

В самом деле, если алкоголик или наркоман страдает социопатией, пограничным или нарциссическим личностным расстройством, то такой пациент будет представлять собой в процессе лечения гораздо более сложную проблему, чем алкоголик или наркоман, у которого нет патологий характера. Отношение между зависимостью и патологиями характера имеет огромное значение для терапии. Schuckit сжато обобщил этиологические возможности этих двух состояний (1973). Прежде всего, существуют пациенты с расстройствами характера, которые злоупотребляют наркотиками и алкоголем, потому что это — один из обычных симптомов их личностного нарушения. Во-вторых, некоторые химически зависимые лица обнаруживают патологию характера как следствие первичной алкогольной или наркотической зависимости. В-третьих, возможен общий фактор, который приводит как к зависимости, так и к расстройству характера.

Крайне важно различать эти три варианта при лечении зависимых пациентов, поскольку те методы, которые помогут в работе с алкоголиком, страдающим от личностных дефицитов, не принесут пользы в работе с социопатом, страдающим от алкогольной или наркотической зависимости. В одном из своих исследований (1983) Вэйлант (Vaillant) рассмотрел этот вопрос, придя к выводу, что социопатия и алкоголизм имеют сложные и различные многофакторные этиологии. Он утверждает, что «при наличии одного нарушения вероятность возникновения другого становится намного

выше средней» (стр. 325). Тем не менее, он признает: «что касается преморбидной личности, большинство алкоголиков может ничем не отличаться от неалкоголиков. С другой стороны, социопаты по сути своей очень несчастные люди, со слабо развитым *ощущением Я (sense of self)*, которые пытаются изменить свое самочувствие, злоупотребляя различными видами наркотиков». (стр. 325).

Понимание того, что Вэйлант называет «ощущение Я», и его связи с расстройствами характера и зависимостью достигло значительных высот в последние десятилетия. Два важных способствующих фактора привели к росту количества компетентных профессионалов, принимающих участие в лечении и понимании зависимости и личностных расстройств. Во-первых, многим врачам, психологам, социальным работникам, консультантам, медицинским сестрам и священникам пришлось самим прибегать к лечению собственной химической зависимости. Они узнали на своем опыте то, что приходится узнать каждому наркоману и алкоголику — для того, чтобы добиться каких-либо значительных и долгосрочных изменений в своей жизни, необходимо прекратить употреблять химические вещества. Великие теории, инсайты, вера и понимание практически не имели никакого воздействия на прекращение или уменьшение их зависимости от алкоголя или наркотиков. Их профессиональный статус и образование не помогли им. Только программа «Анонимные Алкоголики» и ее принципы предоставили им возможность вернуться в мир живых и помогли избавиться от симптомов заболевания. Второй способствующий фактор — это серьезные фундаментальные исследования в области лечения алкоголизма, предпринятые большим числом увлеченных своей работой профессионалов, стремящихся понять эту загадочную болезнь. Достичь своей цели они могли единственным способом, позволяющим реалистично оценить этот феномен — то есть работая с пациентами, страдающими от химической зависимости. За последние десять лет возникло много организаций, куда входят профессионалы в данной области. Общество психологов в области аддиктивного поведения (SPAD), Национальный совет по алкоголизму (NCA), Национальный институт наркомании (NIDA), Национальный институт алкоголизма и злоупотребления алкоголем (NIAAA), Национальная ассоциация консультантов по алкоголизму и наркомании (NADAC), Международная ассоциация врачей в программе «Анонимные Алкоголики» (IADAA), Американская ме-

дицинская ассоциация (АМА), Американская медицинская ассоциация по алкоголизму (АМАА) — это только несколько примеров известных организаций, которые в последние годы прилагают усилия для достижения понимания природы алкогольной и наркотической зависимости. Многие профессионалы наконец вплотную соприкоснулись с реалиями зависимости — в связи со своим собственным выздоровлением от зависимости, или знакомством с коллегами, освободившимися от этого заболевания, или в связи с работой в этих и подобных им организациях.

Вклад теории объектных отношений и психологии самости

В рамках усиления профессионального интереса к пониманию алкоголизма и наркомании, в последние тридцать лет произошли изменения и в индивидуальной психологии, аккумулированные в настоящее время теорией объектных отношений Отто Кернберга (1975) и психологией самости (или психологией Я) Хайнца Кохута (1977b). Недавние открытия в психиатрии, с использованием стандартизированных диагностических подходов, а также смещение акцентов в психоанализе с теории влечений (или инстинкта) к адаптационной и структурной теории (эго и Я), обеспечили новые находки и перспективы в объяснении отношения между психологическими нарушениями, межличностными дисфункциями, алкоголизмом и наркоманией. Фрейдовское понятие собственного Я — интрапсихической структуры, которая является автономной и потенциально способной к совершенствованию, была с течением времени заменена межличностным определением Я, которое формируется нашими взаимоотношениями с другими. Вместо представления об интернализированном стремлении избавиться от недостатков, представить другим свой наилучший фасад — сдержанного, ограниченного интрапсихического Я (теория конфликта), возникло представление о том, что Я определяется нашим желанием быть с другими самим собой, со всеми недостатками и несовершенствами, при этом признавая, что другие люди независимы, отделены и не предназначены только для того, чтобы удовлетворять наши потребности и желания (теория объектных отношений).

Учитывая эти изменения, больше внимания стало уделяться воздействию межличностных отношений на формирование пове-

дения и личности человека. Параллельно с обсуждением антропологического вопроса Мартина Бубера о том, что делает человека неповторимым, психоанализ и психодинамическая теория пришли к такому же выводу, что и Бубер. Человек неповторим, потому что он определяется своими отношениями с другими. Подобно интерперсональной теории психиатрии, разработанной Гарри Стэком Салливаном, эта точка зрения состоит в том, что все мы являемся продуктами наших связей с другими людьми, и что наше ощущение себя определяется тем, как нас воспринимают другие, и как мы воспринимаем или искажаем наше восприятие их. Мартин Бубер (Martin Buber, 1955) резюмирует эту позицию:

«Фундаментальным фактом человеческого существования является не индивид как таковой, и не совокупность индивидов, как таковая. Каждое из этих понятий, рассматриваемое само по себе — абстракция. Индивид является фактом существования лишь постольку, поскольку он вступает в живую связь с другими индивидами. Совокупность индивидов является фактом существования лишь постольку, поскольку она состоит из живых единиц отношений. Фундаментальный факт человеческого существования — это человек с человеком. Особой отличительной чертой человеческого мира прежде всего является то, что что-то происходит между человеческими существами, и это явление нигде больше в природе не встречается. Язык является лишь признаком и средством для этого взаимодействия, и все духовные достижения обязаны своим существованием именно этому явлению. Человек является человеком именно благодаря ему; но по пути это не просто раскрывается, но также уничтожается и разлагается. Это основано на том, что одно существо обращается к другому как к другому, именно как к данному конкретному другому существу, для того, чтобы общаться с ним в общей для них сфере, которая выходит за пределы особых сфер каждого. Я называю эту сферу, которая определяется существованием человека как человека, но которая еще концептуально непостижима, сферой «между». Хотя понимание этой сферы существует на очень различных уровнях, она является первичной категорией человеческой реальности. Вот где должна начинаться подлинная третья альтернатива.

Подход, в рамках которого существует понятие «между», возникает на основе того, что отношения между человеческими существами, вопреки традиции, перестают локализоваться в душах индивидов, или в общем мире, который включает их в себя и определяет их, но становятся реальным фактом «между» ними.» (стр. 203)

Принцип Бубера состоит в том, что развитие Я является лишь подготовкой к истинному диалогическому существованию. Мы становимся тем, что мы есть, для того, чтобы быть способными развивать аутентичные реальные взаимоотношения с другими. Таким образом, мы остаемся неаутентичными или фальшивыми до тех пор, пока не вступим с другими в настоящий диалог. Этот принцип нигде не раскрывается так полно, как в этом классическом описании «Я-Ты» отношений (1960).

Люди часто путают определение «Я-Ты» отношений с убеждением, что они подразумевают мистический союз с другими, в котором две отдельные личности соединяются в одно целое. Хотя в какой-то степени это справедливо, это не самый важный вклад в понимание взаимоотношений, которые описывает эта концепция. Мартин Бубер любил повторять, что Я предшествует Ты, и действие происходит между границами. Тем самым Бубер подчеркивал важность понимания своей отдельности, необходимой для вступления в отношения «Я-Ты». Мы должны прежде всего быть автономными и независимыми, чтобы обрести способность вступать в полноценный контакт с другим. Если мы не осознаем своих границ, мы можем потеряться в отношениях и перепутать свое с чужим.

Именно к этой теме обращаются Хайнц Кохут (Heinz Kohut, 1977b), Маргарет Малер (Margaret Mahler, 1979) и другие сторонники теории объектных отношений. Хотя их теории исходят из разных предпосылок и пользуются разными перспективами, но, основываясь на эмпирических наблюдениях (Кохут — за взрослыми, а Малер — за детьми), они совпадают в отношении важного и критического понимания человеческого состояния. Могу ли я быть близок с другим, не потеряв при этом себя, и вынесу ли я реальное одиночество? Говоря словами Кохута, каким образом индивид развивает целостную самость, аутентичную и не являющуюся грандиозной или фальшивой? Мы все стремимся

к тому, чтобы нас любили и уважали такими, какие мы есть на самом деле.

Это очень важная тема при лечении зависимостей. Многие алкоголики и наркоманы чувствуют себя в глубине души недостойными и неполноценными. Злоупотребление наркотиками для них является способом противостоять этому чувству ущербности, способствуя формированию их фальшивого Я. Их грандиозность и самовлюбленность — это защитный фасад, используемый для того, чтобы справиться с ощущением фрагментации и неполноты. Все мы больше всего боимся (и алкоголики и наркоманы — не меньше других), что нас отвергнут и не будут любить, если мы действительно откроемся другому человеческому существу. С этой точки зрения, Мартин Бубер, сторонники теории объектных отношений и программа «Анонимные Алкоголики» имеют общую цель лечения и выздоровления. Наркоманам и алкоголикам нужно стать реальными и аутентичными, обрести свою истинную сущность. Они должны понять, что их не отвергнут и не откажут им в любви лишь потому, что они такие, какие они есть. Постепенно они должны понять, что только их поведение и действия привели к тому, что их отвергали и о них не заботились. Как только они осознают, что именно их поступки привели к отчуждению других, они должны будут соответствующим образом изменить свое поведение. И наконец, они должны признать свою отдельность и то, что они сами отвечают за свое состояние и положение в жизни. Именно этот процесс осознания и установления здоровых отношений может привести к уменьшению их структурных и личностных дефицитов.

Как бы то ни было, психоаналитическая и психодинамическая теория является наиболее влиятельной и полной теорией психологического развития и функционирования человека из всех существующих на данный момент. Очень важное значение имеет перемещение фокуса с интрапсихической на межличностную модель. Такое изменение перспективы позволило создать теорию психологического функционирования, которая более полно объясняет, как сходные процессы развития могут приводить к возникновению широкого спектра разнообразной симптоматики. С этой точки зрения, все виды зависимостей (наркотики, еда, азартные игры, секс и т.д.) можно рассматривать в связи с характерологическим

дефицитом самости (дефекты характера, неспособность контролировать импульсы, грандиозность, самовлюбленность и так далее). Эта теория имеет важные приложения для профессионалов, работающих с химически зависимыми пациентами, и может помочь ведущему группы проникнуть в смысл того, что до определенного момента казалось бессвязным набором разнообразных событий из жизни наркомана или алкоголика.

Кохут обобщает свою позицию в предисловии, написанном им к недавней исследовательской монографии NIDA (1977a, стр. vii-ix).

«Объяснительная сила новой психологии самости нигде не видна так ясно, как в отношении этих четырех типов психологических нарушений: (1) нарциссические личностные расстройства, (2) перверсии, (3) отклоняющееся поведение и (4) зависимости. Почему же стало возможным так плодотворно проанализировать эти, казалось бы, совершенно различные состояния с помощью одной и той же понятийной структуры? Почему эти настолько различные и даже противоречивые наборы симптомов можно постичь, рассмотрев их с точки зрения психологии самости? Другими словами, каким образом эти четыре состояния связаны между собой? Что между ними общего? Ответ на эти вопросы очень прост: при каждом из этих нарушений пациент страдает от главной слабости — слабости сердцевины своей личности. Он страдает от последствий дефекта Я. Симптомы этих нарушений, будь они сравнительно туманными или скрытыми, или более отчетливыми и очевидными, возникают вторично, как результат этого дефекта. Проявления этих расстройств становятся понятными, если мы вспомним о том, что все они являются попытками — безуспешными попытками, что важно подчеркнуть — возместить исходный центральный дефект личности.

Пациент с нарциссическим расстройством стремится добиться похвалы и одобрения или слиться с идеализированным поддерживающим другим, поскольку он не может самостоятельно, с помощью своих внутренних ресурсов, поддержать свою самооценку или ощущение собственной силы. Извращения влечет к совершению сексуальных действий с фигурами или символами, которые дают ему ощущение того,

что он желанен, что он — живой и могущественный. Делинквент бесконечно повторяет одни и те же поступки, которыми демонстрирует себе самому избегание понимания того, что ему недостает твердой уверенности в себе и устойчивых идеалов. И ... аддикт, наконец, стремится к наркотику, потому что ему кажется, что наркотик способен исправить основной дефект его Я. Для такого пациента наркотик замещает Я-объект, который так болезненно подвел его именно в тот момент, когда пациент должен был ощущать всемогущий контроль над его реакциями в соответствии со своими потребностями, как если бы это была часть его самого. Употребляя наркотик, он символически заставляет отражающий Я-объект утешить и принять его. Или он символически заставляет идеализированный Я-объект допустить слияние с ним, и, таким образом, разделить его магическую силу. В обоих случаях потребление наркотика предоставляет ему возможность обрести самооценку, которой он не обладает.

Через употребление наркотика он обеспечивает себе ощущение того, что принят другими и, таким образом, уверенность в себе; или он создает для себя переживание слияния с источником силы, что дает ему чувство собственной силы и значительности. И все эти эффекты наркотика усиливают чувство жизненности, повышают уверенность пациента в том, что он существует в этом мире».

Кохут считает, что истоки зависимости находятся в опыте раннего детства. Тем не менее, он делает важное различие между причиной и лечением. Но в конце концов, он подчеркивает значимость ранних взаимоотношений ребенка при определении как причины, так и способа лечения зависимости.

«Трагедия всех этих попыток самолечения состоит в том, что они предоставляют лишь временные решения проблемы, что по сути своей они не могут быть успешными... В чем бы ни состояли химические свойства принимаемого препарата, как бы часто ни принимал его пациент, как бы разумно ни было рационализировано или мифологизировано его потребление при поддержке других, страдающих от того же заболевания — никакая психическая структура при этом не создается, сохраняется и дефект Я. Это как если бы человек с открытым

желудочным свищом пытался утолить голод, употребляя пищу. Он, может быть, и получает приятные вкусовые ощущения, судорожно поглощая еду, но, поскольку она не достигает той части пищеварительного тракта, в которой могла бы быть усвоена организмом, пациент продолжает чувствовать голод... Таким образом, задаваясь критическими вопросами, касающимися факторов детства, ведущих к формированию склонной к зависимости личности, мы можем сказать, что, при окончательном анализе и в определенных пределах, гораздо менее важно то, что делают родители, чем то, что они собой представляют» (1977а, стр. vii-ix).

Чтобы действительно понять смысл теории объектных отношений, нужно изучить вклад в эту область трех влиятельных фигур: Маргарет Малер (1979), Отто Кернберга (1975) и Хайнца Кохута (1977b). Малер более всего известна своими работами по психологическому развитию нормальных детей. Кернберг внес основной вклад в понимание пограничной личностной организации. Кохут почти исключительно связан с пониманием и объяснением нарциссических личностных расстройств. Каждый из этих специалистов внес особый вклад в понимание зависимого поведения, хотя они не всегда сходятся во мнениях по поводу определенных нарушений. Например, Кернберг смотрит на многие, если не на все нарциссические нарушения как на присущие субъектам с пограничной личностной организацией. С другой стороны, Кохут рассматривает пограничную патологию как результат тяжелых нарциссических травм, вызванных отсутствием заботы и сочувствия других. То, что зачастую выглядит как тяжелые пограничные реакции и требования, на самом деле может являться ятрогенным эффектом незэмпатического Я-объекта. Малер избегает таких противоречий и настаивает на том, что просто описывает свои эмпирические наблюдения.

Теория нормального развития Маргарет Малер

Маргарет Малер, посвятив большую часть своей профессиональной карьеры изучению детей с серьезными отклонениями, затем увлеклась работой по анализу нормальных детей и их матерей в Нью-Йорке, в Masters Children Center. Начав в 1959 году, она и ее коллеги обустроили комнату для наблюдений, где можно было

смотреть за группами детей и их матерей, которые взаимодействовали друг с другом, играли с игрушками или экспериментировали с различными возможностями сепарации от матерей. В исследовании принимали участие дети (от четырех месяцев до четырех лет) и их матери.

Используя массив данных, собранных в течение многих лет, Малер начала создавать картину нормальной последовательности стадий в процессе становления личности. По сути дела, Малер исследовала феномен психологического рождения ребенка. Ее работа базировалась на теории объектных отношений, которая подчеркивала основное качество эго — стремление к первичному объекту. Это является противопоставлением традиционной теории инстинктов, в которой стремление к объекту не первично для потенциала отношений, а имеет целью редукцию влечения. Работа Малер фокусируется на интернализации межличностных отношений. Она исследовала вопрос о том, каким образом они определяют интрапсихические структуры, и как эти интрапсихические структуры сохраняют, модифицируют и реактивируют прошлые связи. Далее в этой главе мы рассмотрим воздействие интернализированных отношений на развитие психической структуры и на зависимость. Прежде всего, обратимся к обзору описанных Малер стадий нормального развития и дадим определения терминам, которые являются ключевыми для понимания ее теории.

Эго-психология и теория объектных отношений

Прежде, чем действительно понять Малер, нужно понять ее связи с теорией объектных отношений и с эго-психологией. Понятие “эго” особенно смущает тех, кто знаком только с программой “Анонимные Алкоголики” и с тем, как ее участники применяют этот термин, обсуждая выздоровление или отсутствие прогресса. В рамках АА понятие “эго” обычно используется в популярном смысле, для обозначения самовлюбленного человека с повышенным чувством собственной значимости. В изначальном понимании Фрейда это слово имеет совершенно другой смысл, и эго-психологи применяют этот термин в его первоначальном техническом значении, обозначая им ту часть души, которая осуществляет внутри личности исполнительные функции (то есть мышление, принятие решений, защитные операции и т.д.). Henry Tiebout, важная историческая фигура с точки зрения АА, поскольку он был одним из немногих

психиатров, на ранних этапах поддержавших это движение, а также другом и психотерапевтом основателя АА Билла Уилсона, попытался различить два разных определения этого термина.

«Популярный взгляд на эго, хотя и не имеет под собой научной основы, тем не менее, определенно ценен в одном аспекте: он несет в себе смысл и может передать понятие так, что средний человек в состоянии его понять. Такое понятие раздутого эго обозначает общее происхождение целого ряда черт, а именно, то, что все они являются проявлением глубинного чувственного состояния, в котором личные интересы являются главнейшими и ведущими.

Существование такого эго давно было признано, но, тем не менее, путаница в терминологии сохраняется. В какой-то степени, затруднения возникают в связи с тем, что в психиатрических и психологических кругах слово «эго» используется для обозначения тех элементов психики, которые, по идее, руководят психической жизнью человека. Фрейд разделил личность на три структурных компонента: ид, эго и суперэго. Первый компонент содержит ощущение жизни на глубоком, инстинктивном уровне, третий подразумевает сознание, чья задача — сдерживать импульсы, возникающие в ид. Эго призвано действовать в качестве посредника между требованиями ид и ограничениями суперэго, которые могут быть порой излишне суровыми и предвзятыми. Работы самого Фрейда в основном были посвящены деятельности ид и суперэго. Его последователи пытаются заполнить тот пробел, который он оставил в отношении эго, но до сих пор они не пришли к каким-либо общепризнанным выводам» (1954, стр. 4).

Эго-психологи, начиная с Салливана (неофициальный наставник Ялома), больше внимания уделяли межличностным отношениям индивидов. Сторонники теории объектных отношений взяли работу эго-психологов и попытались понять, каким образом внешнее функционирование индивида отражает его внутреннее восприятие и его искажения.

«Если, например, репертуар объектных репрезентаций человека организован просто и примитивно, и содержит в себе представление о других людях либо как о бесконечно дающих, либо как о злонамеренных садистах (другие ученые

назвали это “объектными отношениями, удовлетворяющими потребности”), то восприятие поведения других будет выборочным и организованным таким образом, чтобы допускать только такие его варианты, которые подразумевают эти два примитивных и экстремальных переживания. Напротив, если внутренние “образы” личности включают многообразные аспекты окружающих, включая их эмпатию, ум, чувство юмора, мотивы и так далее, то в таком человеке есть потенциал для более дифференцированного и тонкого переживания других (такое явление назвали постоянством (константностью) объекта)”. (Hatcher & Krohn, 1980, стр. 300).

Если человек испытывает внешние трудности в отношениях с окружающими, возникает вопрос, не связаны ли эти трудности с внутренними ментальными искажениями. Теория объектных отношений, таким образом, является менталистической психологией, направленной на поиск ответа на него. Она больше интересуется внутренней жизнью людей. Слово “объект” является техническим термином, обозначающим способность индивида поддерживать правильное ментальное представление о другом человеке, даже если он в данный момент отсутствует. Эта способность достигать постоянства объекта и сохранять неискаженную ментальную репрезентацию других является важной задачей развития, и не все способны ее выполнить. Малер попыталась понять источник таких искажений и связь между задержкой развития и постоянством объекта. Ее деятельность по исследованию этих вопросов привела ее к прослеживанию происхождения эго, или самости, в его связи с ранними отношениями с матерью. Малер рассмотрела то, что происходит с душой человека под воздействием личных отношений в “реальной жизни”. Кернберг суммировал смысл ее работ, описывая теорию объектных отношений.

“Что такое теория объектных отношений? По сути дела, это психоаналитический подход к интернализации межличностных отношений, изучение того, как они определяют интрапсихические структуры, и каким образом эти интрапсихические структуры сохраняют, модифицируют и реактивируют прошлые интернализированные отношения с другими в контексте текущих межличностных отношений.

Теория рассматривает взаимодействие между внутренним миром объектов (интернализированные отношения с другими) и актуальными межличностными взаимоотношениями индивида” (Kernberg, 1970, стр. 1).

Много лет назад Федор Достоевский интуитивно подметил и изящно описал нечто подобное:

«Знайте же, что ничего нет выше, и сильнее, и здоровее, и полезнее впредь для жизни, как хорошее какое-нибудь воспоминание, и особенно вынесенное еще из детства, из родительского дома. Вам много говорят про воспитание ваше, а вот какое-нибудь этакое прекрасное, святое воспоминание, сохраненное с детства, может быть, самое лучшее воспитание и есть. Если много набрать таких воспоминаний с собою в жизнь, то спасен человек на всю жизнь. И даже если и одно только хорошее воспоминание при нас останется в нашем сердце, то и то может послужить когда-нибудь нам во спасение. Может быть, мы станем даже злыми потом, даже пред дурным поступком устоять будем не в силах, над слезами человеческими будем смеяться и над теми людьми, которые говорят, вот как давеча Коля воскликнул: «Хочу пострадать за всех людей», — и над этими людьми, может быть, злобно издеваться будем. А все-таки как ни будем мы злы, чего не дай Бог, но как вспомним про то, как мы хоронили Илюшу, как мы любили его в последние дни и как вот сейчас говорили так дружно и так вместе у этого камня, то самый жестокий из нас человек и самый насмешливый, если мы такими сделаемся, все-таки не посмеет внутри себя посмеяться над тем, как он был добр и хорош в эту теперешнюю минуту! Мало того, может быть, именно это воспоминание одно его от великого зла удержит, и он одумается и скажет: «Да, я был тогда добр, смел и честен». (1957, стр.87).

Фрейд тоже упоминал об этом, утверждая: “Человек, который был бесспорным любимцем своей матери, на всю жизнь сохраняет ощущение победителя, ту уверенность в успехе, которая часто служит причиной настоящего успеха.” (1921, стр. 19).

Для того, чтобы полностью понять развитие внутренних репрезентаций, необходимо уяснить смысл работы Малер. Немало-

важно также изучить исследования Пиаже, которые в основном были посвящены когнитивному развитию детей (Piaget, 1954). Пиаже, как и Малер, считает постоянство объектов важной стадией в процессе развития. Положите мячик перед шестимесячным ребенком, накройте мячик одеялом, и для ребенка этот мяч прекратит свое существование. Раз не видно — значит, не существует. Уберите одеяло с мяча, и вы увидите, как ребенок будет потрясен волшебным появлением объекта, который только секунду назад не существовал. Пиаже обратил внимание на то, что способность сохранять ментальное представление о мяче, даже когда он покрыт одеялом, появляется у ребенка только на более поздней стадии развития. Более развитый ребенок в таком случае станет искать мяч под одеялом, зная, что хотя мячика и не видно, он все еще существует. Тот же самый принцип действует для младенцев в их отношениях с теми, кто о них заботится. Способность ребенка понять, что мать существует даже тогда, когда ее нет в комнате, свидетельствует о том, что важная стадия постоянства объекта или, в терминах Эрика Эриксона, стадия базового доверия достигнута.

Два примера помогут это прояснить.

Однажды, когда у нас в гостях была наша подруга, я и мой сын сидели с ней в гостиной, а моя жена вышла на кухню за угощением. Наша гостья была пожилая женщина, многолетняя подруга семьи. Необразованная и грубоватая, она была из тех крепких серьезных женщин, которые воспитывались в южном Кентукки. Мой двухлетний сын был занят игрой на полу в гостиной и не заметил, что жена вышла на кухню. Она что-то искала и быстро вышла в гараж, при этом стеклянная дверь громко хлопнула. Мой сын, вздрогнув от неожиданного звука, оторвался от игрушек, заметил, что мать вышла из дома, и вернулся к игре, несколько не огорченный ее отсутствием. Его реакция заставила гостью — весьма стоическую леди — уверенно заявить: “Хороший мальчик!” Несколько удивленный неожиданностью ее комплимента, я поблагодарил ее, а затем спросил, чем он был вызван. Она ответила: “Он не заплакал, когда его мать вышла из комнаты. Он хороший мальчик!”

Наша подруга этого не знала, но мой сын не испугался того, что мать ушла, потому что он уже достиг стадии постоянства объек-

та. Его мать могла выйти из комнаты, но, несмотря на то, что он ее не видел, она для него продолжала существовать, так как на этом уровне развития он был способен сохранять в сознании ее стабильную ментальную репрезентацию.

Однажды, когда я был стажером-психологом в поликлинике при больнице университета, ко мне на сеансы психотерапии приходила женщина, у которой в анамнезе были многочисленные госпитализации в психиатрические больницы, а также множество различных диагнозов, из которых наиболее часто встречающийся звучал как «пограничное личностное расстройство». После приблизительно 10 сеансов женщина постепенно начала испытывать беспокойство, растущее по мере того, как наша еженедельная сессия близилась к завершению. Сессия начиналась без какого-либо дискомфорта для пациентки, но когда приходило время покинуть офис, страх больной становился очевидным. Ее тревожность усилилась до такой степени, что она вынуждена была звонить мне по телефону, только спустившись в вестибюль больницы — мой офис находился на 7-м этаже. Каждый звонок заканчивался одним и тем же выражением обеспокоенности: «С вами все в порядке? Я так переживала, пока ехала в лифте, потому что думала, что с вами произошло что-то ужасное!» Убедившись, что со мной все в порядке и я все еще на месте, она быстро приходила в себя, пока на следующей неделе не повторяла ту же самую процедуру ухода из моего офиса.

Эта 35-летняя женщина, в отличие от моего двухлетнего сына, остановилась в своем развитии и не достигла стадии постоянства объекта. Мой сын не испытывал страха и паники, когда его мать покидала поле его зрения, потому что успешно преодолел эту ступень, в то время как эта женщина не в состоянии была сохранить в сознании мою ментальную репрезентацию, когда она меня не видела, и, следовательно, была подавлена страхом того, что важный в ее жизни объект потерян. Ее тревожность возникала при мысли о том, что она от меня уходит, и увеличивалась до такой степени, что женщина не могла с ней справиться, и ей приходилось мне звонить, чтобы убедиться, что я все еще существую. Спокойных заверений с моей стороны было достаточно для того, чтобы быстро облегчить ее чувство внутреннего смятения и фрагментации.

Эти два примера отражают два противоположных состояния, которые могут проявиться в результате вмешательства в процесс развития ребенка. Прежде чем понять, какое именно воздействие оказывает потребление алкоголя и наркотиков на фиксации в процессе развития человека, необходимо рассмотреть стадии нормального развития. Хорнер (Horner, 1979) описывает этот процесс следующим образом:

“И психологическое здоровье, и психопатология могут быть поняты в терминах превратностей развития объектных отношений, с учетом связанных с ними организующих и интегрирующих воздействий. Эта последовательность начинается со стадии нормального аутизма при рождении, продолжается процессом развития привязанности вплоть до стадии нормального симбиоза, который символизируется репрезентацией недифференцированного Я-объекта. С этого момента перед ребенком встают задачи сепарации-индивидуации. Этот процесс разделяется на подфазы дифференциации, упражнения и повторного сближения, и завершается достижением идентичности и постоянства объекта. В этот момент у ребенка, и, таким образом, у того взрослого, которым он станет впоследствии, есть четкое ощущение себя и отдельного другого, способность относиться к другим как к целостным личностями, а не только как к фигурам, удовлетворяющим его потребности, и способность выносить амбивалентность без необходимости поддерживать расщепление плохой и хорошей объектных репрезентаций, с параллельным расщеплением на плохую и хорошую Я-репрезентацию. У него также появляется способность поддерживать свой внутренний нарциссический баланс, или хорошее самоощущение, за счет своих внутренних ресурсов, которые являются результатом достижения постоянства либидинозного объекта, возникающего благодаря интернализации материнских функций в структуру самости”. (Horner, 1979, стр. 25).

Для тех, кто не знаком с терминологией теории объектных отношений, слова Хорнер могут показаться сложными для понима-

ния. Для того, чтобы ее рассуждения стали понятнее, мы подробно представляем стадии нормального развития, выделенные Малер.

Стадии нормального развития по Малер

Малер составила теоретическую картину нормальных стадий развития в процессе достижения ребенком постоянства объекта, и, таким образом, становления стабильного понятия о себе (концепции Я), или цельного Я. Для того, чтобы процесс был завершен, требуется пройти через две предварительные фазы — нормального аутизма и нормального симбиоза, когда мать и младенец совместно создают фундамент для психологического рождения, или «вылупливания» ребенка. Далее следуют четыре стадии процесса сепарации-индивидуации, который достигает завершения в конце третьего года жизни. (См. рис. 6.1)

Стадия 1: Две предварительные фазы — Привязанность

1. Нормальный аутизм (0-1 месяц)
2. Нормальный симбиоз (1-4 месяца)

Стадия 2: Три подфазы Сепарации Индивидуации — Вылупливания

1. Дифференциация (5-9 месяцев)
2. Упражнение (10-15 месяцев)
3. Повторное сближение (15-24 месяца)

Стадия 3: Четвертая подфаза — Постоянство объекта

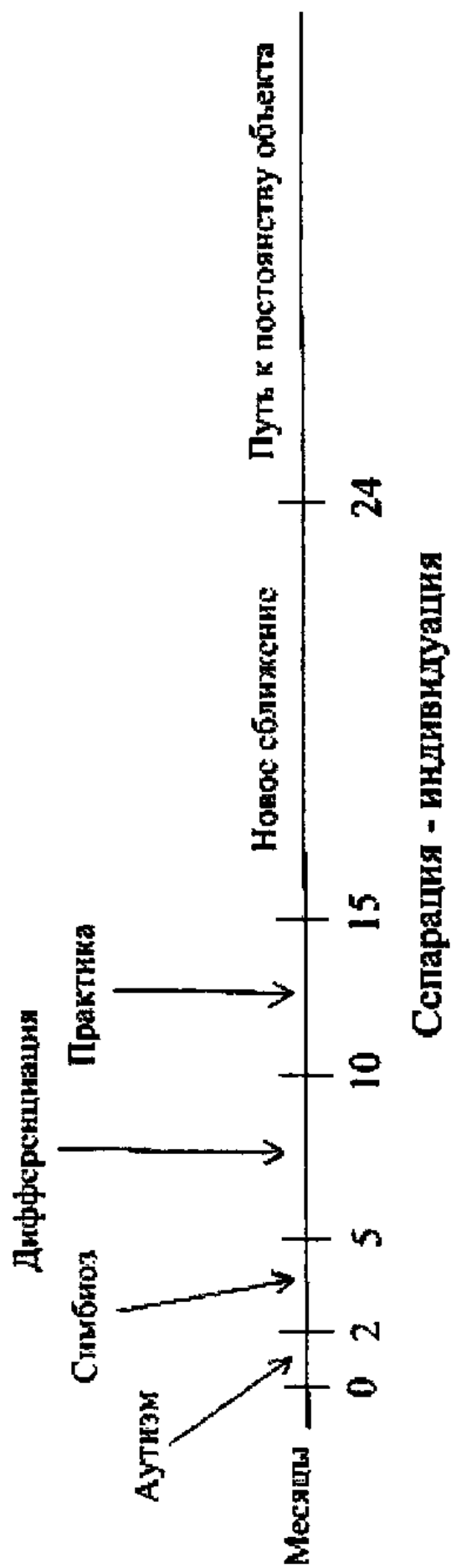
1. Консолидация Я и идентичность

Стадия 1: Нормальный аутизм

В первые месяцы жизни младенец инкапсулирован в своей психической орбите, которая служит барьером и защищает ребенка от повышенной стимуляции и излишних требований окружающей среды. Ребенок сравнительно незаинтересован во внешней реальности, поскольку ограничения психологического развития младенцев лимитируют их психологическое участие в ней. Эта стадия нормального аутизма отличается от вторичного аутизма, при котором ребенок с рождения не способен использовать свою мать как вспомогательное эго, то есть не проявляет никакого интереса к отношениям ни с матерью, ни с кем-либо еще. Малер следующим образом описывает ребенка с настоящим аутизмом:

“... навязчивое стремление к сохранению постоянства, стереотипная озабоченность несколькими неживыми объектами или патернами действий, к которым он только и прояв-

Рис. 6.1. Стадии нормального развития по Маргарет Малер



ляет какие-либо признаки эмоциональной привязанности. Вследствие этого, такой ребенок выражает нетерпимость к каким-либо изменениям в своем неживом окружении... Дети-аутисты отличаются от органиков, а также от в основном симбиотичных детей-психотиков своей кажущейся самодостаточной удовлетворенностью — которая проявляется, *только если оставить их одних*. Эти аутичные дети ведут себя как всемогущие волшебники, если позволить им жить внутри статичного и очень ограниченного сегмента неживого окружения, командуя им». (Mahler, 1968, стр. 68).

Хорнер (1968) дифференцирует процесс развития привязанности у нормального ребенка от такого же процесса у аутичного следующим образом:

“При рождении ребенок находится в состоянии, которое Малер называет нормальным аутизмом. Кохут (1977), рассуждая в терминах эволюции единой структуры самости, называет этот период стадией фрагментированной самости. Малер видит в детском аутизме действие конституциональных факторов, и отмечает тот факт, что у таких детей не наблюдается позы ожидания при кормлении, они не пытаются дотянуться до окружающих и не отвечают улыбкой. То есть у них отсутствует поведение, направленное на поиск привязанности, и поэтому не существует матрицы мать/ребенок, способствующей развитию эго. Защитная или компенсаторная структура (Kohut, 1977) может способствовать более высокому уровню функционирования, но нарушение этой структуры возвращает индивида назад к основной патологии”.

Аутичный младенец остается зафиксированным на этой самой ранней стадии жизни, и не совершает никакого движения к развитию привязанности. В ситуациях, когда окружающая среда явно патологична и нарушает основные организационные процессы ребенка, возможно ухудшение состояния до вторичного аутизма, хотя Малер признает, что конституциональные факторы играют в этом процессе гораздо более важную роль.

Нормальный симбиоз — Привязанность

Ко второму месяцу жизни младенец начинает смутно осознавать существование матери как внешнего объекта. У младенца в памя-

ти начинают фиксироваться следы ее лица. Узнавание ее лица, основанное на прежних приятных впечатлениях, приводит к возникновению базовой веры в то, что ее присутствие регулярно приводит к исчезновению напряжения. Тем не менее, младенец ведет себя так, как будто он и его мать являются двуединой сущностью в общих границах. С точки зрения младенца, между ним и его матерью никаких границ не существует. Они — одно целое. На вершине этого радостного периода его жизни они инкапсулированы в симбиотической орбите. Младенец не может осознать разницу между своими собственными усилиями по снижению напряжения и усилиями его матери, предпринимаемыми ради него. В эти ранние месяцы он интернализует свою мать и использует ее как маяк, вызывающий ощущение безопасности, защиты и доверия. Резкая дифференциация между объектом и Я, плохим и хорошим, удовольствием и болью помогает ребенку в стадии симбиоза справляться с болезненными ощущениями единственным способом, который возможен при ограниченных защитных возможностях его сознания, разделяя хорошее и плохое, и проецируя плохое вовне симбиотического партнерства. Примитивный защитный процесс расщепления становится критическим элементом для понимания патологий характера взрослых пограничных пациентов, и он будет исследоваться подробнее далее в этой главе.

На этой фазе развития критической становится способность младенца привязаться к внешнему объекту. Хорнер описывает последствия неспособности младенца установить связь с другим человеком:

“На самом примитивном уровне, неспособность к привязанности может повлечь за собой серьезные дефициты в ранней организации Я. Невозможность развития привязанности и достижения удовлетворяющего симбиоза, связанная с внешними факторами, например, с помещением в приют, может привести к развитию характерных нарушений, таких, как неумение придерживаться правил и испытывать чувство вины, неразборчивое дружелюбие с чрезмерной жадностью привязанности, сочетающееся с неспособностью к установлению длительных отношений. “Бесстрастному психопату” также свойственно отсутствие способности к созданию эмоциональных связей, сопровождающих привязанность.

Другая форма патологической привязанности — это привязанность посредством организации фальшивого Я. В такой ситуации настоящее, основное Я остается в свободном от привязанности состоянии, вне объектных отношений” (Horner, 1979, стр. 28-29).

В первые пять или шесть месяцев жизни ребенка, развивающегося здоровым образом, ему свойственно врожденное поведение, направленное на поиск привязанности, приводящей к нормальному симбиозу. Эту стадию характеризуют самые ранние ментальные репрезентации Я и объекта — недифференцированная репрезентация или схема Я-объекта. Не существует ни психической, ни физической дифференциации. Это приводит нас к сути работы Малер, посвященной развитию. В это время очень важен общий выбор сигналов матерью и ребенком. Малер пишет:

“Мы заметили, что младенцы подают разнообразные сигналы, указывающие на их потребности, напряжение и удовольствие. Каким-то сложным образом мать выборочно отвечает только на некоторые из них.” (Стр. 18, 1979).

Малер говорит о том, что этот взаимный обмен сигналами создает сложный патерн, который приводит к тому, что Лихтенштейн (Lichtenstein, 1961) назвал “превращением младенца в ребенка своей конкретной матери”.

Боулби (Bowlby, 1958) указывает на то, в какой степени младенец сам играет роль в определении своей окружающей среды. Матерям определенных типов малышей, с непредсказуемыми реакциями или повышенной возбудимостью, бывает сложно достаточно хорошо выполнять свои материнские обязанности. Но при этом предполагается, что к концу первого года жизни ребенка мать будет играть гораздо большую роль, чем ребенок, в определении количества и качества трансакций, которые происходят между ними.

Неспособность к привязанности ведет к возникновению ряда дефицитов в ранней организации Я. Существует деликатное и скрытое взаимодействие между конституциональными и средовыми факторами, которое определяет то, как проявят себя эти нарушения. Малер и Хорнер ясно описали детали этого процесса, далее приводится краткое описание их схемы.

1. Для бесстрастного (affectionless) психопата характерна неспособность создавать эмоциональные связи, которые сопутствуют привязанности.
2. Разрушение привязанности, вызванное разлукой и потерей, может привести к пожизненной шизоидной отчужденности. В таком случае отчуждение используется как защитный механизм против пугающего действия объектных отношений.
3. Другая форма патологической привязанности — это привязанность через организацию фальшивого Я, которая приводит к нарциссической структуре личности.

Стадия 2: Подфазы сепарации-индивидуации

1. Дифференциация

Как бы ни было сильно стремление ребенка к привязанности, младенец постепенно начинает испытывать еще более сильное побуждение оторваться от своей матери, отделиться и начать исследовать мир. В четыре-пять месяцев младенец начинает осознавать, что мать, которая утешает, кормит и снижает напряжение, является отдельным от него существом. Это — начало “процесса вылупливания”. Вылупливание — старт психологического рождения ребенка, оно отмечает начало процесса формирования его как отдельной личности, свободной от симбиотической привязанности к материнскому объекту.

Взрослый, потерпевший неудачу в этом процессе развития, будет иметь дезорганизованное Я, переживающее распад каждый раз, когда теряет объект. Такой человек неспособен отличить внутренние ощущения от внешних впечатлений, что ведет к путанице между “я” и «не я». В экстремальных случаях внутренние стимулы путаются с внешней реальностью, что приводит к галлюцинациям и иллюзиям. Семья с запутанными взаимоотношениями, являющаяся плодородной почвой для шизофрении — прекрасный пример неспособности ребенка отделить себя от вмешательства родителей. Ситуация, когда мать сидит в кабинете психотерапевта со своим ребенком и говорит дочери: “Здесь прохладно, мне холодно, надень кофточку”, позволяет увидеть четкие признаки семьи, где нет ясных границ и отдельности чувств каждого ее члена.

2. Упражнение (практика)

Начиная с десяти-пятнадцати месяцев, фокус внимания ребенка перемещается с матери на свои собственные автономные действия. Передвижение, восприятие и обучение становятся мотивируемыми изнутри. Функционирование эго, тестирование реальности, вторичный мыслительный процесс и фрустрационная толерантность позволяют ребенку меньше полагаться на внешние объекты, и в малыше начинает развиваться самодостаточность и автономия. Подфаза упражнения (в других источниках — практики) наступает, когда ребенок начинает самостоятельно ходить, в возрасте от 10 до 12 месяцев. Теперь он стал по-настоящему физически независимым, способным свободно и гордо передвигаться.

“Усовершенствование локомоторных способностей во время ранней подфазы упражнения расширяет мир ребенка, он не только играет более активную роль в определении степени близости и отдаленности от матери, но те модальности, которые до сих пор использовались, чтобы исследовать знакомое окружение, внезапно помогают ему осознать существование гораздо более широкого сегмента реальности. Он понимает, как много еще можно увидеть, услышать и потрогать”. (Mahler et al., 1975, стр. 66).

К концу этой подфазы ребенок начинает ощущать свое всемогущество, усугубляемое детским восприятием своих способностей как магических. Он может стоять, ходить, карабкаться, прыгать и даже говорить. Он искренне верит, что является центром Вселенной! Теперь его не остановить! Ободренный своим быстрым, порой потрясающим развитием в последние несколько месяцев, ребенок начинает верить, что весь мир на самом деле у него на ладони. Нормальная грандиозность и первичный нарциссизм являются здоровыми фазами развития ребенка, свойственными данной стадии. Тем не менее, эта раздутая и всемогущая репрезентация является ядром грандиозного Я, которое может быть выражено затем в крайней самовлюбленности или патологическом нарциссизме во взрослой жизни, если процесс развития ребенка нарушается недоступностью, навязчивостью или невниманием Я-объектов.

Хорнер считает возникновение грандиозного Я результатом сложностей при прохождении стадии упражнения. Она утверждает следующее:

“Такая раздутая, всемогущая репрезентация Я-объекта — ядро грандиозного Я, которое наблюдается при патологическом нарциссизме, будь то случай пограничного состояния или нарциссического расстройства личности. Проблемы дальнейшего развития связаны с той степенью, в которой значительные аспекты Я ассимилированы в грандиозную Я-структуру, и, таким образом, недоступны для бесконфликтного функционирования, или каким-либо другим способом отделены от основного потока нормального созревания.

Когда автономные функции ассимилированы в патологическую грандиозную структуру Я, они уже не способны привести к достижениям в реальной жизни, способствующим развитию здоровой самооценки, основанной на реальности.

Грандиозное Я может быть манифестацией структурной патологии, наступившей в этот момент раннего развития, или оно может возникнуть вновь в качестве защитного механизма у более развитой личности при возникновении угрозы его самооценке. (Horner, 1979, стр. 32)».

Любой человек, работающий с алкоголиками и наркоманами, знает, что эгоизм и грандиозность — важные темы в процессе лечения. Воздействие исследований Малер на лечение алкоголизма и наркомании будет подробно исследовано далее в этой главе.

3. Повторное сближение (*rapprochement*)

К концу подфазы упражнения ребенок достигает все большего понимания своей отделенности от матери, и ее отделенности от него. В этот момент ребенок только начинает проходить через кризис своего второго рождения. Находясь на вершине всемогущей грандиозности, малыш вылетает из дома во всей своей славе, несется по дороге, чтобы завоевать весь мир, и вдруг спотыкается, падает и царапает коленку. Внезапно ему становятся очевидными его уязвимость и бессилие и, несомненно, он сталкивается с разочарованием. Коленка у него болит, из ссадины идет кровь. Ситуация усугубляется тем, что матери поблизости не видно. Ребенок в возрасте от 18 до 24 месяцев начинает переживать кризис повторного сближения.

Он начинает испытывать беспокойство в связи с острым осознанием своей отделенности и беспомощности. Фрустрация закрепляется в его сознании, и агрессия становится интернализован-

ной. Его опыт в реальности противоречит его переоценке своего всемогущества. Его самооценка начинает понижаться, и теперь он уязвим для стыда. По мере того, как он начинает четко осознавать свои ограничения, он проходит через процесс когнитивной и аффективной децентрализации. Это происходит в то время, когда когнитивное, моторное и эмоциональное развитие позволяет ему достичь осознания Я. Он приходит к пониманию того, что причины и события существуют вне его, независимо от его потребностей и желаний. Он переживает потерю всемогущества, и хочет вернуться в безопасные объятия матери.

Фаза повторного сближения становится периодом противоречий. По мере того, как ребенок осознает свою отделенность, он разрабатывает стратегии, помогающие ему предотвратить это осознание и сохранить тесный контакт. Такое мятущееся поведение становится особенно очевидным, когда ребенок хочет воссоединиться с объектом своей любви, но при этом боится быть поглощенным им. Амбивалентность ребенка в отношении близости и зависимости является источником фрустрации и для родителя. Ребенок вошел в возраст “ужасных двух лет”, которого так боятся и который так оплакивают все родители. Как пожаловалась одна мать:

“Я не знаю, что делать с этим маленьким негодяем! Раньше он был счастлив, играя отдельно от меня. Теперь он плачет, требуя моего внимания, а когда я беру его на руки, он меня отталкивает. Я не знаю, чего он хочет!”

С точки зрения развития, ребенок пытается утвердить свою отдельность и самостоятельность. Он может не знать, чего он хочет, говоря слово “нет”, но он знает, что, произнося это слово, он отделен от своей матери. Мать обязательно будет испытывать растерянность, пытаясь понять фрустрации ребенка во время этой фазы развития. Это ведет к тому, что ребенку опять становится сложно переносить агрессию в себе и в других людях.

Monte обобщает проблемы, которые этот конфликт ставит перед ребенком:

“С точки зрения развития эго, фаза повторного сближения может быть критической для способности ребенка интернализировать конфликт и примирить противоречия между “совершенно хорошей” и “совершенно плохой” матерью. Хоро-

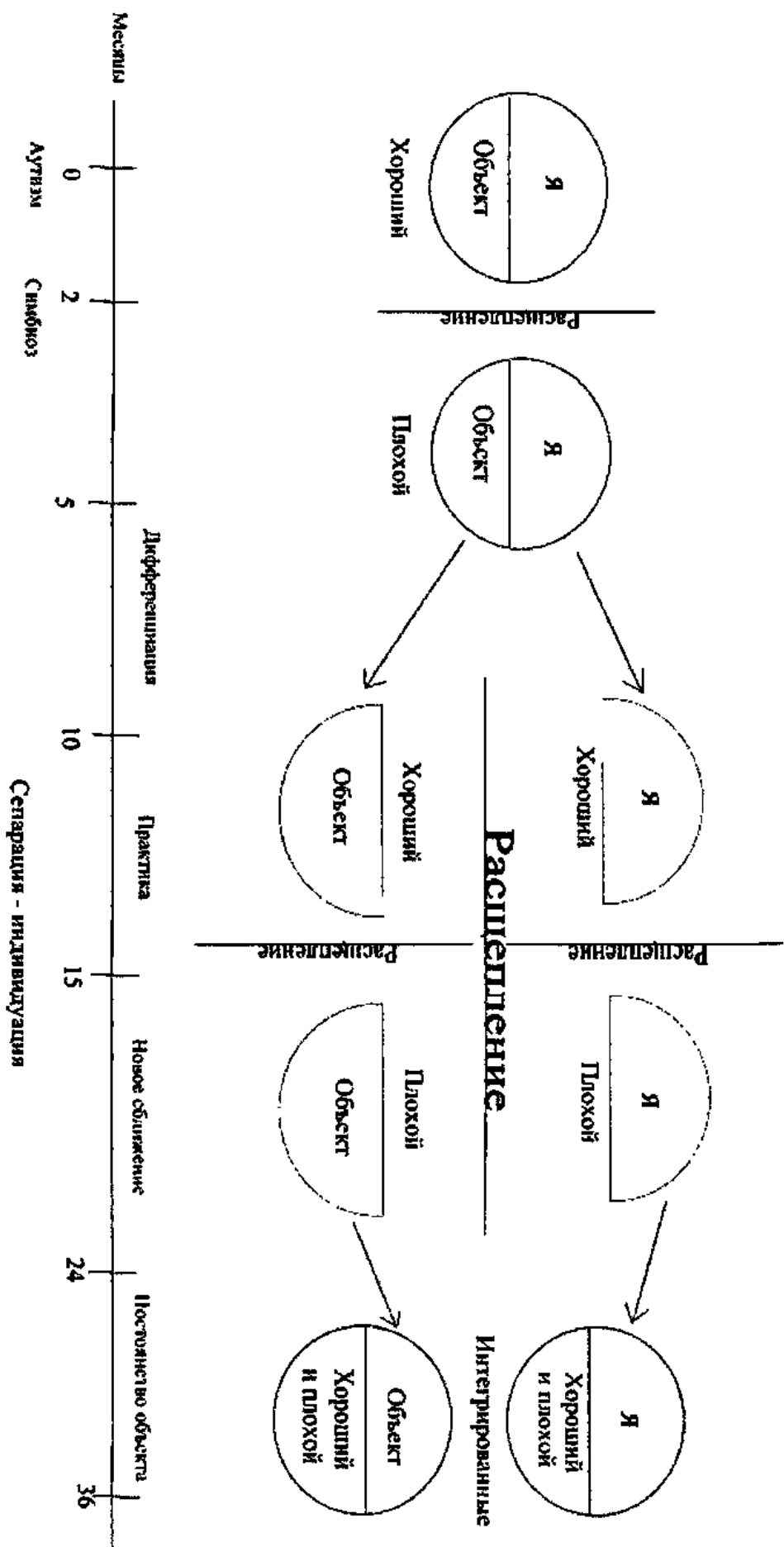
шая мать — это тот человек, который принес в его жизнь все удовольствия, всю безопасность, все тепло и всю близость. В фазе симбиоза этот “хороший объект любви” рассматривался ребенком как часть его самого. Но теперь растущая психологическая умудренность ставит его перед серьезным конфликтом. Матери неизбежно имеют свои темные стороны. Иногда мать фрустрирует ребенка в удовлетворении его потребностей, или причиняет боль, она бывает равнодушна или озабочена чем-то другим, или — самый худший из недостатков — иногда она вовсе отсутствует. Для вновь формирующегося эго ребенка “хорошая мать” и “плохая мать” не могут быть одним и тем же объектом любви. Та, которая так долго была частью меня, не может быть плохой; при этом невозможно отрицать тот факт, что мать не может быть *всегда* хорошей. Если хорошая мать и плохая мать *являются* одним и тем же человеком, то я тоже должен иметь в себе что-то плохое. А это невозможно, поскольку я полностью хороший.

Ребенок, находящийся в фазе повторного сближения, может применить защитный механизм, называемый “*расщеплением*” эго и состоящий в том, что ребенок имеет дело с противоречивыми объектами любви, обращаясь с ними в стиле “все или ничего”. Таким образом, мать не может быть одновременно плохой и хорошей. Существует хорошая мать, и существует плохая мать. Хорошая мать является объектом любви, интернализированным как часть собственного нарциссического эго ребенка в фазе симбиоза. Плохая мать экстернализуется, проецируется во внешний мир, вовне меня, туда, где находятся все приносящие боль и угрожающие мне объекты”. (Monte, 1980, стр. 211-212).

На Рис. 6.2 показана схема этого процесса развития, а также отражены сложности, которые могут возникнуть из-за применения защитного расщепления.

Как пишет Каплан (Kaplan), постоянство объекта требует эмоционального принятия идеи, что все мы не святые и не демоны, а цельные люди, способные как на любовь, так и на ненависть. Будучи способным объединять или интегрировать такие полярные чувства, индивид получает ощущение личностной целостности. Когда постоянство объекта слабо, единственный способ защитить

Рис. 6.2. Развитие Я-объекта



хорошую, дорогую ребенку часть Я от негативных или нежелательных аспектов Я — это подавить или отщепить эти аспекты. В результате становится невозможным признать целостность своего Я или других людей. Человек просто избавляется от другого, как от нежелательного объекта, если тот его разочаровал. Он даже не сможет вспомнить его предшествующие хорошие поступки, а будет помнить только самый последний негативный опыт.

По мере того, как ребенок разрешает кризис повторного сближения с помощью “достаточно хорошей матери”, он начинает лишаться ощущения своего всемогущества без излишней тревоги или стыда, и интегрирует плохое и хорошее в одно единое целое. Таким образом, ребенок вступает в последнюю фазу — постоянства объекта, интеграции идентичности и развития спаянного (когезивного) Я. Малер пишет:

“К восемнадцати месяцам ребенок оказывается на самом пике процесса привыкания к постоянно переживаемой физической отделенности от матери. Это совпадает с когнитивным и перцептивным достижением постоянства объекта, говоря словами Пиаже. Именно в это время его сенсомоторный разум начинает превращаться в истинный репрезентативный разум, и начинается очень важный процесс интернализации, в понимании Harman — очень постепенно, через идентификации эго». (Mahler, 1968, стр. 21).

Стадия 3: Постоянство объекта

К концу второго и в течение третьего года жизни ребенок становится способен достичь достаточной степени эмоционального постоянства объекта. Выполнены три основные задачи.

1. Такие дети способны сохранять внутренний ментальный образ матери даже в ее отсутствие. Это ощущение благополучия возникает от того, что ребенок интернализировал свою “достаточно хорошую” мать и хорошие Я-переживания. Опираясь на эти положительные образы, ребенок может функционировать как отдельное Я, даже если он рассержен, фрустрирован или остался один.
2. Достигнута сепарация и индивидуация. Кохут, который рассуждает в терминах когезивной структуры Я, называет это становлением ядерного Я. Кернберг видит в этом процесс, с помощью которого достигается интеграция идентичности. Бу-

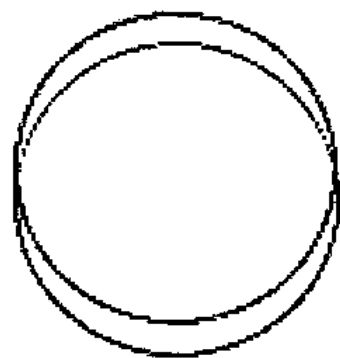
бер описывает это как возникновение отдельного «Я», которое необходимо для того, чтобы человек мог вступать во взаимоотношения «Я-Ты». Фальшивая организация Я, или «как будто личность» по Винникотту, не является преобладающей. По выражению Сартра, устанавливается аутентичное Я.

3. Продолжается развитие психической структуры. Окончательный переход к установившейся отдельной идентичности обеспечивает способность регулировать собственный нарциссический баланс за счет внутренних ресурсов Я. По выражению Кохута, достигается преобразующая интернализация. Индивид становится способен успокаивать и утешать себя сам. Ему больше не нужно для этого полагаться на внешние Я-объекты или внешние источники удовлетворения (то есть на алкоголь, наркотики, секс, еду, возбуждение) для того, чтобы избавиться от болезненных аффективных состояний. Психическая структура адекватно приспособлена к этому путем ассимиляции материнских функций в Я-репрезентацию. (См. Рис. 6.3)

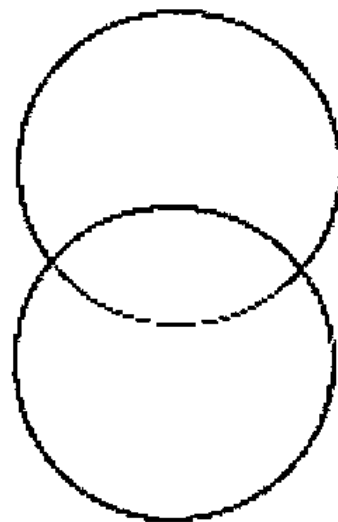
Ниже приведенная диаграмма (рис. 6.4) обобщает парадигму развития и является модификацией ранее представленной Хорнер (1979).

Как мы уже говорили, исследования Малер имеют огромное значение для понимания взаимосвязи зависимостей и развития и становления психической структуры. Малер обращает особое внимание на требования, связанные с развитием и адаптацией, с которыми ребенок должен справиться в течение первых трех лет своей жизни. Схема Хорнер (рис. 6.4) помогает нам понять соотношение этого процесса развития с психозом, расстройствами личности и неврозами. Мы привели общие положения теории нормального развития по Малер, начиная с самых ранних фаз достижения гомеостаза и удовлетворяющей потребности привязанности, через последовательные фазы сепарации, индивидуации и способности к ментальной репрезентации (то есть, постоянству объекта). После того, как ребенок успешно проходит эти стадии развития, у него формируется спаянное, или когезивное Я, в терминологии Кохута. Если ребенку не удастся построить психическую структуру, которая закладывается в процессе развития когезивного Я, существует гораздо больший риск развития личностной патологии и аддикции.

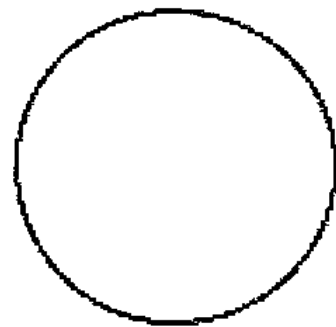
Рис. 6.3.



**Симбиотическая
орбита**



**Сепарация-
индивидуация**



**Постоянство объекта,
спаянное Я и интеграция
идентичности**

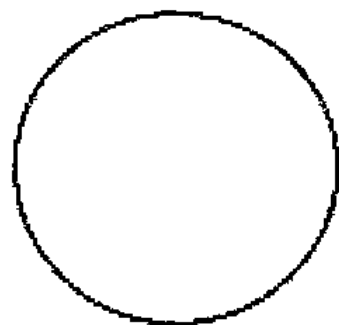
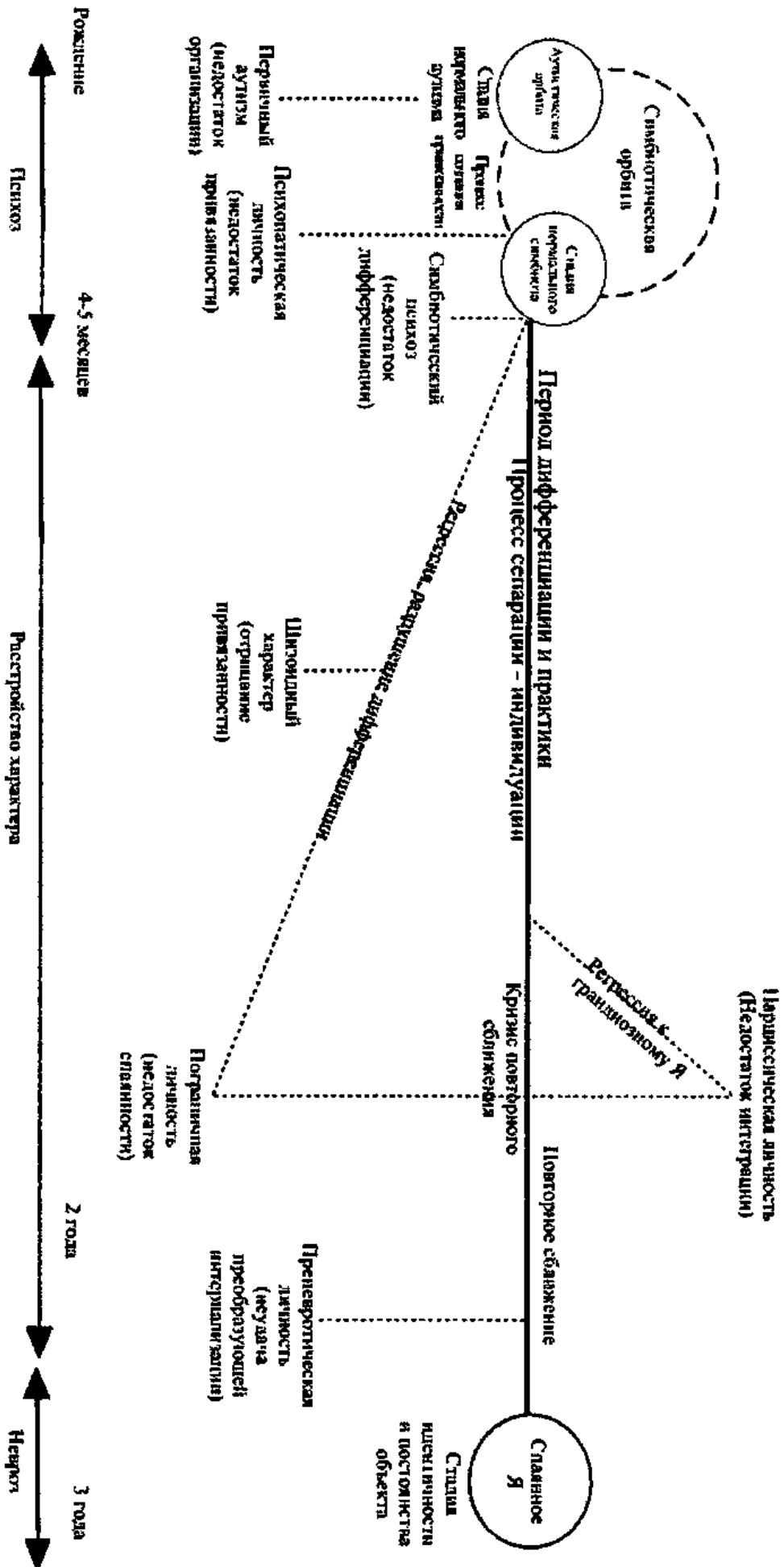


Рис. 6.4. Стадии развития объектных отношений и соответствующие патологии



Ханзян и Трис (Treese) обобщают эту точку зрения утверждением, которое напрямую связывает структурный дефицит и зависимость. Они подчеркивают то,

“... как оптимальная забота среды (в основном представленной матерью) способствует адекватному прохождению младенцем этих стадий и ведет к развитию стабильных структур эго и способности справляться с влечениями и объективными отношениями. В той степени, в которой человек депривирован или избалован в процессе развития, варьируют уровни ослабленности эго, и в дело вступают наркотики, чтобы компенсировать и заместить пробелы и дефекты развития”. (Khantzian & Treese, 1977, стр. 73).

Такая позиция ясно устанавливает алкогольную и наркотическую зависимость в ряд структурных дефицитов, обычно наблюдаемых при расстройствах личности.

Ханзян выражает данную позицию следующим образом:

“За последние двадцать лет был собран ряд доказательств, демонстрирующих значительную степень взаимосвязи между психопатологией и наркотической зависимостью. Тем не менее, этиологическая связь или отношения между патологией и зависимостью не так очевидны. Недавний прогресс в исследованиях, с использованием стандартизированных диагностических подходов в психиатрии, а также переход в психоанализе от теории влечения, или инстинкта, к большему акценту на адаптацию, развитие и структурные (эго и Я) факторы, привели к новым открытиям и перспективам объяснения связи между психологическими нарушениями, дисфункциями и злоупотреблением наркотиками.

Хотя злоупотребление наркотиками очевидно приводит к психологическим дисфункциям и даже психиатрическим нарушениям, психиатрические и психодинамические изыскания также показывают, что те, кто злоупотребляет наркотиками и алкоголем, предрасположены к зависимости от наркотиков потому, что они страдают от психологических нарушений и болезненных аффективных состояний. Их недомогание и страдания являются последствиями дефектов в эго и Я, в результате которых такие люди неспособны регулиро-

вать и модулировать свои чувства, самооценку, взаимоотношения и поведение”. (Khantzian, 1985, стр. 1).

Учитывая выводы, к которым подводит нас это заявление, важно исследовать разработанные Кохутом и Кернбергом описания нарциссических и пограничных личностных расстройств.

Пограничная личностная организация и патологический нарциссизм

Не все согласны с мнением, что типичные аддиктивные личностные характеристики устанавливаются до того, как у пациента развивается зависимость. Тем не менее, Хартоколлис (Hartocollis, 1964) представляет доказательства того, что эти личностные характеристики можно обнаружить у пациентов, которые ранее страдали от зависимости, после продолжительного периода абстиненции, в особенности, если эти лица не прошли через сеансы психоанализа. Позиция Хартоколлиса — явный пример извечной полемики о том, является ли патология личности результатом или причиной зависимости. По всей вероятности, верны обе позиции. Конечно, существуют зависимые пациенты, у которых стоит двойной диагноз — и личностной патологии, и зависимости. Есть такие, которые демонстрируют признаки нарциссического расстройства или пограничного состояния из-за стресса, которому подвергается их психологическая система в связи с их злоупотреблением алкоголем или наркотиками. Ведущему группы может быть важно поставить дифференциальный диагноз, поскольку такое различие имеет большое значение для лечения. Тем не менее, существуют общие лечебные рекомендации, которые показывают, что способы лечения пограничных личностных расстройств, предлагаемые Кернбергом, согласуются с системой терапии, рекомендуемой программой “Анонимные Алкоголики”, а также лечебным подходом сторонников концепции заболевания. Эти общие аспекты будут изложены далее в этой главе.

Хартоколлис и Хартоколлис (1980) подытоживают свою позицию в следующем абзаце, который подчеркивает разрушительный эффект, причиняемый алкоголем и наркотиками психологическому функционированию.

“Алкоголикам удастся довольно долгое время создавать видимость совершенно нормального функционирования. Нар-

циссические черты личности, обсессивные защитные механизмы и массивное использование отрицания обеспечивают им прикрытие самообмана, которое изолирует их от близкого личного контакта с людьми, от которых они зависят, но которым не могут доверять. Они чувствуют себя опустошенными и разгневанными, что весьма похоже на людей, обладающих "как-будто личностью", но с точки зрения окружающих, они вполне приятны в общении и действуют адекватно. Тем не менее, постепенно, по мере того, как кумулятивное воздействие внутренних и внешних фрустраций снижает эффективность защитных приспособлений, уровень их функционирования начинает снижаться. Чтобы сохранить свое сомнительное эмоциональное равновесие, они прибегают ко все большему количеству алкоголя, который способен укрепить и усилить отрицание, но не уровень их деятельности, продолжающий снижаться, делая их пограничную патологию все более очевидной". (1980, стр. 99).

Тот факт, что человек страдает от зависимости, показывает, что его основные защитные механизмы ослаблены на одном уровне, но усилены на другом. Наркотики и алкоголь заменяют их для человека, чьи основные ментальные механизмы потеряли свои возможности адаптации. Хотя наркотики и алкоголь обеспечивают временное облегчение от психической боли, их разрушающее воздействие на мозг приводит к задействованию еще более примитивных защитных операций, таких, как отрицание, расщепление, проективная идентификация и грандиозность. Вторичные защитные механизмы, таким образом, воздвигаются в контексте вытеснения посредством употребления алкоголя и наркотиков, что приводит к возникновению поверхностных, хрупких и неадаптивных форм — реактивных образований и обсессивности. Эти защитные действия направлены на предохранение индивида от невыносимых аффектов, возникающих в связи с потерей чувства собственной ценности, что приводит к повышенной уязвимости и ранимости в отношении нарциссических травм.

Такой процесс развития делает более сложным различение нарциссического и пограничного расстройств. Это тем более проблематично, что различие между этими двумя состояниями не всегда четко определяется в литературе. Фактически, пограничный, по мнению Кернберга, пациент, возможно, Кохутом будет рассматри-

ваться как нарциссический. Кернберг считает, что большая часть нарциссических индивидов, если не все они, имеет одинаковую пограничную организацию личности.

С другой стороны, с точки зрения Кохута, многие пациенты с диагнозом пограничного расстройства на самом деле страдают от нарциссического расстройства самости. Часто встречающиеся в литературе поведенческие патологии, свойственные пограничным пациентам (т.е. гневные реакции, расщепление, проективная идентификация), на самом деле являются результатом нарциссических травм, нанесенных недостаточно эмпатичным терапевтом.

Пограничная патология по Кернбергу

И Кохут, и Кернберг разрабатывали вопрос о том, каким образом нарушения раннего развития ребенка, в особенности связанные с потребностями в кормлении и зависимости, ведут к проблемам с интеграцией идентичности и со становлением когезивного Я. Хотя оба исследователя указали на то, что наличие нарциссической и пограничной патологий предрасполагает определенных индивидов к аддикции, ни один из них не исследовал подробно связь таких нарушений с патологической зависимостью. Прежде, чем осуществить попытку такого исследования, хотелось бы привести определение пограничных личностных характеристик.

В DSM IV приводятся критерии постановки диагноза пограничного расстройства личности. Если у пациента наличествуют пять из этих восьми элементов, высока вероятность того, что данный пациент страдает от личностной патологии, которую описывает Кернберг. Кроме того, важно будет четко определить, какие из этих характеристик являются результатом длительного злоупотребления алкоголем и наркотиками. Конечно, любой, кто когда-нибудь работал с алкоголиками, обнаружит эти черты в большинстве, если не во всех алкоголиках, находящихся в состоянии острой интоксикации. Ниже приводится схема (EAASSIII, P.S.), которая поможет терапевту группы понять эти разнообразные личностные характеристики.

1. E (Emptiness & Boredom) — Пустота и скука; в особенности если эти ощущения относятся к Я пациента, а также отсутствие ясных ценностей и целей в жизни.
2. A (Affective Instability) — Аффективная нестабильность; в особенности, резкие перемены настроения, импульсивность и не-

предсказуемость.

3. A (Anger) — Гнев; в частности, ярко выраженные реакции гнева и ярости.
4. S (Stable Instability) — Стабильная нестабильность; в частности, в межличностных взаимоотношениях, которым свойственна напряженность и нестабильность.
5. S (Self-Destructive) — Самодеструктивность; вызванная глубоким отвращением к самому себе и развитием наказующего суперэго, что приводит к тому, что пациент причиняет себе вред (т.е. попытки самоубийства, нанесение себе травм и т.д.)
6. I (Identity Confusion and Diffusion) — Спутанная и диффузная идентичность; недостаточная интеграция.
7. I (Impulsivity) — Импульсивность; особенно это касается резких выходов и употребления алкоголя и наркотиков.
8. I (Intolerance of Being Alone) — Неспособность оставаться в одиночестве.
9. P (Psychotic Symptoms) — Психотические симптомы, возможны микро-психотические эпизоды, после которых пациент быстро приходит в себя.
10. S (Superficial Adaptation) — Поверхностная адаптация; способность взаимодействовать лишь на поверхностном и социальном уровне.

Поскольку многие из этих характеристик и защитных механизмов похожи на защиты низшего уровня и черты, обычно наблюдаемые у активных алкоголиков и наркоманов, многих из них можно считать пограничными, в особенности в том, как они реагируют на традиционную психотерапию. Многие психотерапевты, стоящие на позиции теории объектных отношений, не смогут понять воздействие, оказываемое алкоголем и наркотиками на поведение зависимого пациента, и в процессе лечения будут концентрироваться на пограничной структуре его личности. Во многих случаях на это необходимо обратить внимание. Вероятность успешного вмешательства повышается, если можно добиться абстиненции.

Кернберг приводит особые рекомендации для лечения пограничной патологии, которые очень важны, поскольку его подход не противоречит идеям программы АА. В частности, Кернберг рекомендует скорее поддерживающую психотерапию, чем ориентированную на инсайт психоаналитическую или собственно психоанализ. Его рекомендации особенно полезны в период, когда

алкоголик или наркоман недавно прекратил употребление химических препаратов.

Поддерживающая психотерапия по Кернбергу

Кернберг считает, что поддерживающая психотерапия предпочтительна для пограничных пациентов, поскольку у них очень искаженные представления о других, и они не обладают ясной Я-концепцией (спутанная идентичность). Их объектные отношения очень скудны, и они обычно имеют тенденцию разделять окружающих на только хорошие и только плохие объекты. Они также не способны вынести регрессию, которая вызывается технической нейтральностью аналитика. Следовательно, им необходим активный психотерапевт, который намерен конфронтровать и прояснять их поведение. (Kernberg, 1984).

В прошлом поддерживающую психотерапию критиковали за то, что она не имела четкого определения. Многие профессионалы рассматривали ее как “аренду друзей”. Кернберг, прекрасно осведомленный об этой критике, приводит описание процесса лечения, который требует для своего применения трех компонентов.

1. Прояснение и Конфронтация
2. Поддержка и контейнирование одновременно:
 - а). Аффективных компонентов
 - б). Когнитивных компонентов
3. Вмешательство в окружение

Прояснение и конфронтация

Психотерапия пограничного пациента требует активного психотерапевта, который постоянно указывает на противоречия в поведении пациента, в особенности на различия между тем, что он говорит и что делает. На прошлое пациента обращается мало внимания до тех пор, пока не будет твердо установлена реальность настоящего. Конфронтация, однако, не означает гневных нападок на пограничного пациента в унижительной и критической манере, поскольку это только нанесет нарциссическую травму и вызовет примитивные чувства инфантильной ярости. Скорее, ему следует ясно и твердо указать на противоречия в его поведенческих проявлениях, без критики и в поддерживающей манере. При этом наблюдаемые противоречия должны оставаться в настоящем времени, поскольку таким пациентам чрезвычайно сложно отличать

прошлое от настоящего. Прежде, чем обрести способность реалистически исследовать прошлое, пациент должен четко осознать свое настоящее. Преждевременные конфронтации, касающиеся прошлого, только приведут к усугублению защитных искажений, поскольку при этом активизируется неразряженный гнев на несправедливости, перенесенные пациентом в прошлом, и возникает страх, что он снова не понравится и будет отвергнут. Кернберг приводит отличный пример негативных последствий преждевременной конфронтации пограничного пациента.

“Во время третьей встречи пациент пожаловался, что Кернберг был злобен, садистичен и пытался его контролировать. Тот в ответ заметил, что пациент описывал его теми же словами и воспринимал в таком же свете, что и свою мать, а именно, как злобного, ожесточенного и нелюбящего. Кернберг спросил: “Может ли такое быть, что вы видите во мне подобие своей матери?” Пациент сразу же согласился и добавил: “Да, не везет — так не везет, после такой матери напоролся еще и на такого же психоаналитика”. (Kernberg, 1985)

Поддерживающая психотерапия

Подход Кернберга к психотерапии пограничных пациентов требует двух компонентов. Терапевт должен предоставлять и эмоциональную, и когнитивную поддержку. Это не означает, что он должен только постоянно ободрять пациента. Эмпатию, ключевой элемент в поддерживающем подходе, не следует путать с симпатией. В представлении Кохута, эмпатия требует от терапевта настройки на чувства пациента, как положительные, так и отрицательные. Аффективная и эмоциональная поддержка требует похвалы, ободрения и сопереживания. На начальной стадии лечения пограничный пациент нуждается в активном терапевте, который будет принимать в нем участие и взаимодействовать с ним. Большое значение также имеет когнитивная поддержка. Она подразумевает предоставление пациенту советов время от времени, в особенности, если он напрямую просит об этом. Это также означает, что терапевт будет предоставлять информацию, которая поможет пациенту интерпретировать свое поведение и реальность. Тем не менее, Кернберг предостерегает терапевтов, чтобы они не брали

на себя излишний контроль над пациентом и не вызывали слишком идеализированного переноса. Именно в области когнитивной и эмоциональной поддержки групповая терапия и программа АА обеспечивают важнейший компонент в лечении, с меньшим риском компрометации позиции терапевта и терапевтических отношений.

Вмешательство в окружение

Кернберг считает, что терапевт должен активно вмешиваться в жизнь пациента, как в течение сессии, так и вне ее. Внешняя интервенция требует, чтобы терапевт проводил беседы с семьей пациента, а также на месте его работы или учебы. Необходимо создать и способствовать функционированию систем поддержки (группы, АА и т.д.). Кернберг уверен, что это крайне важно, поскольку пациент, возможно, продолжает разрушать свою жизнь вне кабинета врача, в то самое время, пока терапевт методично и тщательно пытается его понять. Хотя такое понимание является необходимым и, порой, медленным процессом, он не должен осуществляться за счет повседневной жизни пациента только потому, что терапевт не хочет поступаться своей позицией технической нейтральности. Требуя от пограничного пациента, чтобы он посещал встречи АА, беседуя с его работодателем и проверяя, вовремя ли он приходит на работу, терапевт осуществляет важные шаги в процессе лечения, которые помогут пациенту выжить, пока он приходит к пониманию себя и значения своего поведения.

Интервенция также необходима и на терапевтическом сеансе. Нужно пресекать выходки пациента, как во время занятий группы, так и вне их. Это требует установления границ, конфронтации и прояснения. Необходимо идентифицировать и анализировать искажения переноса. Очень важно помочь пациенту в понимании своих разрушительных способов общения с членами или с ведущим группы, которые повторяют способы, применяемые им с людьми вне группы. Консенсуальная валидация со стороны группы может быть критическим компонентом выздоровления. Кернберг предупреждает, что прежде, чем исследовать прошлое, необходимо прояснить внешнюю реальность настоящего. Он приводит великолепный пример интервенции, примененной на терапевтической сессии.

“Кернберг описал пациента, который курил во время сессии, стряхивал пепел на ковер и бросал окурки через всю комнату, яростно возмущаясь толкованием своего поведения со стороны терапевта. Мужчина соглашался с интерпретациями Кернберга и отвечал ему с широкой улыбкой на лице: “Да, я понимаю, что это способ проявления неуважения к Вам, и да, я также согласен, что это очень похоже на мои чувства в отношении моего отца”. Тем не менее, поведение пациента не менялось, и он продолжал бросаться окурками. Удовольствие, получаемое пациентом от своих выходов, было для него источником самоудовлетворения, и, вследствие этого, чем-то более важным, чем его мотивация к изменению. В конце концов, Кернберг сказал ему, что прекратит сессию, если он будет продолжать стряхивать пепел на пол и бросать окурки. Услышав это заявление, мужчина немедленно бросил окурочек в угол кабинета. Кернберг встал и попросил его покинуть кабинет. Пациент отказался это сделать, и терапевт пригрозил вызвать службу безопасности, если он не покинет кабинет в течение 20 минут, когда на прием должен прийти следующий больной. Пациент разозлился и заявил, что “Такое поведение не к лицу психоаналитику”. Кернберг настоял на своем, и пациент покинул его офис. На следующей сессии, в приступе аффекта, пациент вновь бросил окурочек через весь кабинет. Кернберг опять его выставил. На следующей сессии пациент не стал бросать окурочков, но гневно напал на терапевта за то, что тот так жестоко и безжалостно поступил с ним. Кернберг исследовал последствия поведения этого человека во время дальнейших сеансов. Он показал пациенту, каким образом тот его провоцировал на такое поведение. В общем и целом, пациенту было сказано: “Ты зол и жесток по отношению ко мне. Ты отрицаешь, что зол и жесток, и ведешь себя со мной так, что и я становлюсь злым и жестоким с тобой. Затем ты обвиняешь меня в том самом поведении, которые ты отрицаешь у себя”. То есть, была проинтерпретирована проективная идентификация пациента. В течение этого процесса последний продолжал демонстрировать нежелание обсуждать значение своего поведения. Терапевту пришлось повторно настаивать на том, чтобы их взаимодействие было исследовано. Пациент возражал в манере, которая выражала согласие без понимания. “Послушай-

те, я же перестал бросать окурки! Почему вы продолжаете бить лежащего?” — такое возражение препятствовало тому, чтобы индивид действительно понял то, каким образом его поведение воздействовало на других”. (Kernberg, 1983)

Ключевым для Кернберга является настояние на том, чтобы конфликт был до конца исследован, прежде, чем забыть о нем. Необходимо завершить процесс прояснения, иначе опыт пациента не будет интегрирован. В таком случае, пациент воспримет свой конфликт с терапевтом как очередной пример того, как люди не любят его и обращаются с ним злобно и садистически. Межличностные искажения и объектные отношения не могли быть изменены, пока Кернберг не настоял на их исследовании и понимании.

С этой точки зрения, терапия включает в себя три ключевых этапа:

1. Прояснение поведения. “Вот, что вы делаете со мной”. Конфронтация искажений в поддерживающей, твердой и заботливой манере.
2. После того, как пациент полностью осознает, что он делает, необходимо получить консенсуальную валидацию от группы и показать, как он делает то же самое с другими людьми. Предоставьте ему поддержку, как когнитивную, так и эмоциональную.
3. Поощрите его действовать по-другому с людьми вне терапии.

Нарциссическое личностное расстройство

Нарциссизм часто ошибочно воспринимается другими как чрезмерная поглощенность собой и самовлюбленность. На самом деле, это расстройство представляет собой попытку человека создать внешнюю само-презентацию — возбуждающую, важную и признанную — потому, что он лишен устойчивого ощущения того, кто он есть на самом деле, внутренне. Фильм Вуди Алена “Zelig” — хороший пример того, как человек, лишенный твердой сердцевины идентичности, вследствие этого поддается социальному и товарищескому давлению. Зелиг — хамелеон. В фильме он не только действует и думает в соответствии с тем, кто его окружает, но постепенно начинает изменять свой внешний физический облик, чтобы походить на них. В компании полных людей он начинает раздуваться. С неграми его кожа темнеет, а с азиатами его глаза становятся уже. Жизнь и выживание Зелига зависит от его способности имитировать окружающих и добиваться их одобрения. Хотя фильм

можно рассматривать как метафору социального давления и потери автономии, сам Зелиг является примером серьезного нарушения. Если быть точнее, он представляет категорию людей, которым ставится диагноз нарциссического личностного расстройства.

Для того, чтобы понять эту личностную патологию в более объективной перспективе, необходимо исследовать ее диагностические критерии. В DSM III перечислены восемь параметров, обычно наблюдаемых при нарциссическом расстройстве личности. Важно заметить, что хотя эти характеристики являются часто наблюдаемыми чертами, они не отражают всю сложность нарциссизма, как его описывает Кохут.

1. Грандиозное чувство собственной важности, которое часто сменяется ощущением своего ничтожества.
2. Поглощенность неограниченным чувством могущества собственного Я; особенно в связи с молодостью, внешностью, красотой и успехом. Потребность появляться в обществе только с нужным человеком и готовность к зависти.
3. Эксгибиционистская потребность в постоянном внимании, желание восхищения и признания.
4. Холодное безразличие или гнев и унижение в ответ на критику.
5. Ощущение себя Имеющим Право; требования к другим без взаимности.
6. Эксплуатация других; неуважение к целостности и правам окружающих.
7. Перепады между безудержной идеализацией и обесцениванием других.
8. Отсутствие эмпатии; нечувствительность и неспособность распознать чужие чувства.

Конечно, нарциссизм с этой точки зрения является патологическим состоянием. Такие люди не только переживают большие трудности во взаимоотношениях с окружающими и с обществом в целом, но они обычно очень перегружены и совершенно не удовлетворены собой. Однако, Кохут рассматривает нарциссизм как нечто, имеющее гораздо более сложную динамику. Согласно его определению, нарциссизм является компенсаторной структурой, выстроенной индивидом из-за депривации, перенесенной им в детстве. Нарциссизм во многом является силой, предохраняющей Я и помогающей ребенку восстановиться от повторяющихся нарциссических травм, которые наносит ему фрустрирующий

мир и дисфункциональная семейная система. Более того, нарциссизм становится внутренней системой регуляции, которая помогает ребенку адаптироваться к окружающей среде, которая слишком мало сочувствует его стараниям восстановиться после потери ощущения всемогущества. Таким образом, взгляд Кохута на нарциссизм определяет это расстройство как движущую силу, ответственную за становление Я и за повышение самооценки, и как стража, охраняющего целостность Я-концепции. Основной задачей этой силы является нахождение смысла и придание ценности жизни ее обладателя.

В описании значения нарциссизма для всего человечества Кохут идет дальше, чем DSM IV. Он предупреждает, что все мы сталкиваемся с проблемой нарциссизма. Не только наркоманы и алкоголики должны бороться со своей тенденцией к самовлюбленности, грандиозности и обидчивости, у всех нас есть стремление считать себя центром вселенной. По этой причине мы можем впасть в заблуждение, что мы являемся особыми и уникальными, отказываясь признать собственную посредственность и ограниченность. Эта тема будет более подробно обсуждаться в Главе 7, где исследуются философские и психологические корни программы "Анонимные Алкоголики". На данный момент достаточно будет понять то, что объяснение зависимости, представленное Кохутом, важно, поскольку оно вносит вклад в лечение химической зависимости, и является моделью, которая во многом совместима с моделью АА. Кохут пытается помочь нам взглянуть на свою самовлюбленность и на то, каким образом наш отказ принять ограничения в своей жизни приводит не только к аддикции, но и к огромному количеству других социальных, духовных и психологических трудностей.

По ту сторону Эго: теория Самости (Я) Хайнца Кохута

Работа Хайнца Кохута с пациентами, чье основное расстройство включало в себя чувство пустоты и депрессию, является во многом продолжением наблюдений Маргарет Малер, касающихся корней индивидуальности в развитии ребенка. Кохут считал необходимым расширить психоаналитическую теорию за пределы существующей концепции Эго так, чтобы можно было понять нарциссическую уязвимость пациента в терминах неадекватно сформировавшегося или поврежденного чувства Я. Так же, как и Малер, Кохут подчеркивает критическую важность матери для возможности

развития внутренних ментальных структур, обеспечивающих самоконтроль и последующее развитие здоровой индивидуальности и отдельности. Кохут подчеркивает, что ядерное Я ребенка формируются в младенческом возрасте и включает в себя его фундаментальную самооценку, идеалы и амбиции. Взаимоотношения с матерью позволяют объединить различные структуры, влечения и конфликты психического аппарата в интегрированное ощущение своего Я. Тем не менее, формирование ядерного Я не связано с открытыми похвалами и упреками. Скорее, имеет значение эмпатический, невербальный, интуитивный ответ матери на нужды ребенка и атмосфера, которую она создает для валидации его здоровых устремлений. Именно они интегрируют или фрагментируют ядерное Я.

Ядерное Я является биполярным, оно организовано на основе двух опорных пунктов — идеалов и амбиций. В своей заключительной работе Кохут (1984) включил в этот список третий компонент самости, который подразумевает созревание потребности в альтер-эго, или в двойнике (*twinsip needs*) (см. Рис. 6.5).

Для того, чтобы понять вклад Кохута в лечение зависимостей и нарциссизма, необходимо усвоить некоторые из его ключевых понятий. Будут также представлены важные дополнения, сделанные другими теоретиками объектных отношений. Помимо работ Винникотта (Winnicott, 1965), теоретические взгляды Фэйрберна (Fairbairn, 1952) и Гантрипа (Guntrip, 1971) помогут найти альтернативные объяснения личностного развития, которые имеют важное применение к аддикции и ее лечению.

Ниже перечислены семнадцать ключевых понятий теории объектных отношений.

1. Эго, или самость — присутствует с самого рождения.
2. Либи́до, или инстинктивные энергии, являются функциями (или производными) самости, а не ид.
3. Постулированного Фрейдом инстинкта смерти не существует. Агрессия не связана с ид, а является реакцией на фрустрацию или депривацию. Фактически, в рамках теоретических взглядов Фэйрберна понятию «ид» нет места.
4. Самость или эго и, таким образом, либи́до или инстинктивные энергии, являются принципиально объектно-направленными.

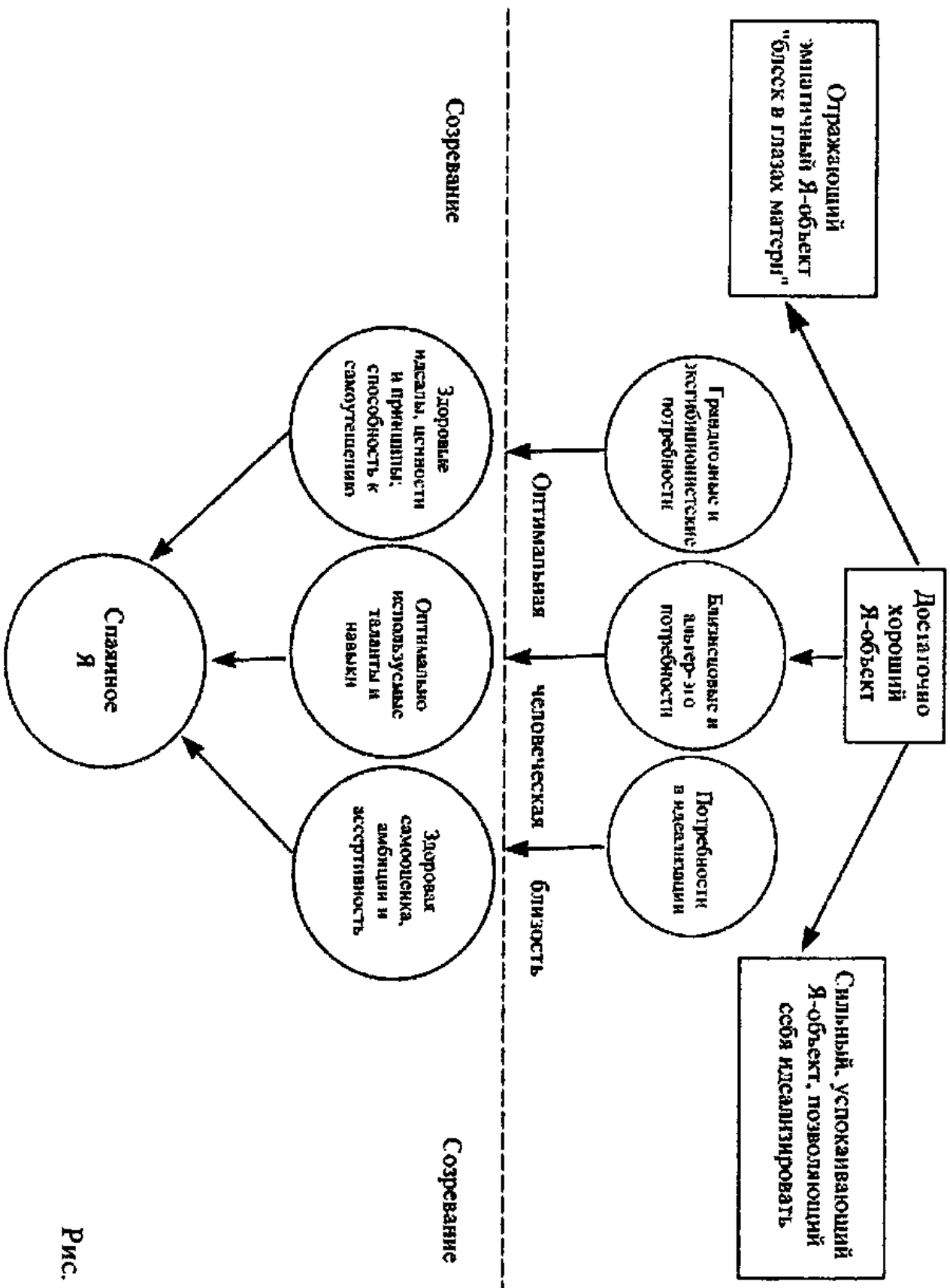


Рис. 6.5

5. Изначальная и самая ранняя форма тревоги переживается ребенком как сепарационная тревога, вызываемая оставлением или неудачной настройкой.
6. Интернализация объекта является защитной мерой, изначально используемой ребенком, чтобы справиться с фрустрирующими и неудовлетворительными аспектами ранних родительских фигур.
7. Чем более фрустрирующими и неудовлетворительными являются ранние объекты, тем больше вероятность того, что эти объекты и соответствующие им Я-репрезентации будут *интроецированы*, а не только интернализированы.
8. Интроецированные объекты всегда включают в себя три связанных компонента: (А) Объект-репрезентацию, (В) Я-репрезентацию и (С) Аффект, связанный с объект- и Я-репрезентациями.
9. Два аспекта интроецированного объекта (возбуждающий и фрустрирующий) отщепляются от основного ядра объекта и вытесняются.
10. Эти две интроецированные объект-репрезентации идентифицируются как возбуждающий (либидинальный), или хороший объект, и отвергающий (антилибидинальный), или плохой объект.
11. Я-репрезентации расщепляются таким же образом и идентифицируются как либидинальное эго (хорошее Я) и антилибидинальное эго (плохое Я).
12. Основное ядро интернализованного объекта, которое не вытесняется, становится эго-идеалом.
13. С тех пор, как возбуждающий (либидинальный) и отвергающий (антилибидинальный) объекты выбраны изначально эго ребенка, и вследствие того факта, что вытесненные объекты связаны с Я-репрезентациями либидинального и антилибидинального эго, индивид остается с центральным ядром эго (центральное эго), которое не вытеснено, но действует как агент вытеснения.
14. Результирующая интернализация этой ситуации оставляет изначально эго расщепленным на три части. Это (А) центральное эго (сознательное), связанное с эго-идеалом, (В) вытесненное либидинальное эго (хорошее Я), связанное с возбуждающим либидинальным объектом (хороший объект), и

(С) вытесненное антилибидинальное эго (плохое Я), связанное с отвергающим антилибидинальным объектом (плохой объект).

15. Такая внутренняя ситуация является движущей силой того, что Фэйрберн называл базовой шизоидной позицией, которая включает подлинное Я, которое скрывается и остается отделенным от интимного человеческого контакта. Для общения с другими во внешнем мире конструируется Ложное Я (как-будто-личность).
16. Отталкиваясь от Фрейдовской теории влечений, то, что называлось суперэго, оказывается трехчастной структурой, состоящей из (А) эго-идеала, (В) антилибидинального эго и (С) антилибидинального объекта.
17. Антилибидинальное эго (плохое Я), в силу своей связи с отвергающим антилибидинальным объектом (плохим объектом), занимает бескомпромиссную, враждебную позицию по отношению ко всем объектам, даже потенциально хорошим, и по отношению к либидинальному эго (хорошему Я). Фэйрберн назвал эту Я-репрезентацию внутренним саботажником. Он не доверяет всему, обещающему надежду, и особенно потенциально хорошим объектам, которые пытаются надуть его, соблазняя поверить, что обещание исполнится. Он также нападает на либидинальное эго (хорошее Я) за ту глупость и легкоеверие, с которой оно верит обещаниям, что может быть любимым, и за веру в то, что кто-нибудь (либидинальный объект) мог бы быть любим им без того, чтобы обмануть, злоупотребить и, в конце концов, отвергнуть и покинуть его.

Рисунки 6.6 и 6.7 задуманы как схематическое представление этих семнадцати позиций, выделенных Фэйрберном и Гантрипом. На рисунке 6.6 изображено когезивное Я со здоровой интегрированной психикой. На рисунке 6.7 — некогезивное Я, в котором доминирует внутренний мир интроецированных Я- и объект-репрезентаций, который оставляет мало психической энергии для аутентичных отношений в реальности внешнего мира. Фальшивое Я управляет его взаимодействием с другими, что приводит или к покорному и послушному, или к реактивному (непослушному) поведению с другими. Его ядро, или подлинное Я, остается незначительным и временами недоступным для центрального эго. Внутренний мир, вытесненный и бессознательный, влияет на

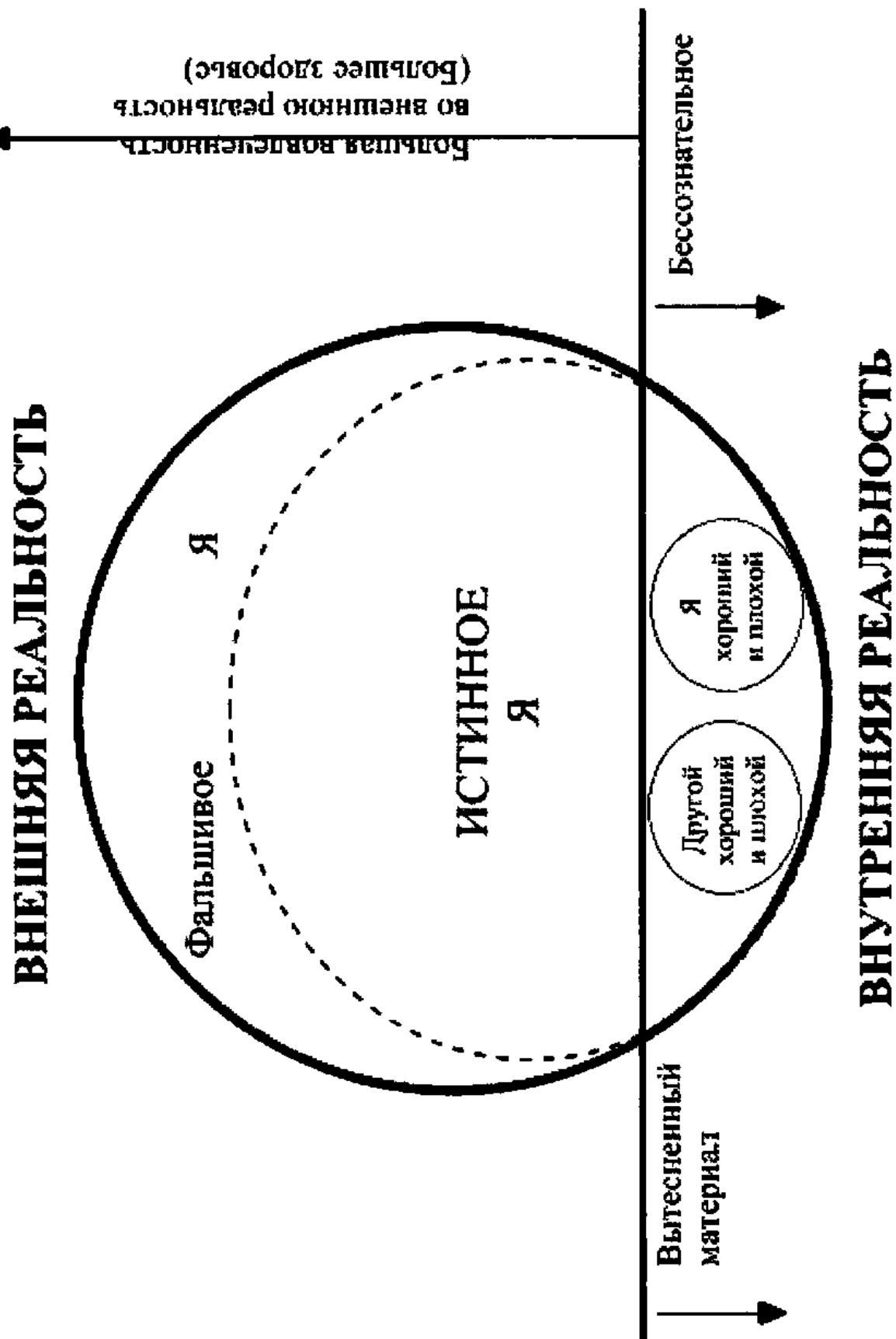
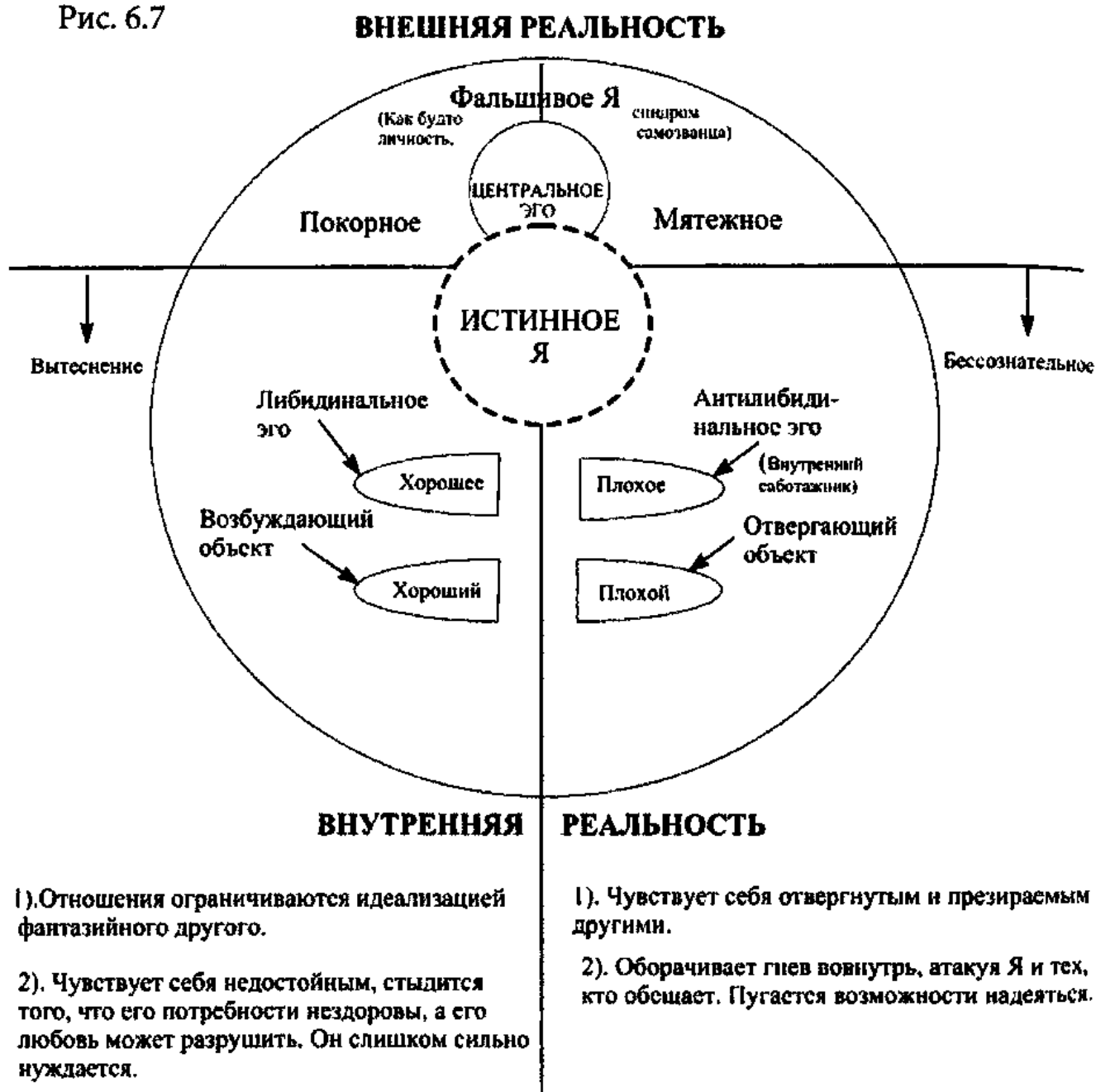


Рис. 6.6

его взаимодействия с другими до такой степени, что те постепенно вынуждаются к соответствию внутренним реалиям его переживаний и ожиданий. Посредством движущей силы компульсивного повторения и защитного механизма проективной идентификации прошлое продолжает повторяться в настоящем, таким образом подтверждая все катастрофические предчувствия. Выбор объекта (отбор людей, похожих на интернализированные ранние объекты) помогает закреплению данного процесса. Парадоксально, но даже если это отыгрывание прошлого в настоящем болезненно, оно приводит к снижению тревоги, потому что это знакомо и избавляет от неопределенности предчувствия неожиданного. «Так и получилось, как я думал. Я так и знал, что ты меня покинешь, и что тебе нельзя доверять».

Рисунок 6.6, напротив, представляет спаянное Я, в котором гораздо меньше психической энергии связано прошлым и интроецированными объект- и Я-репрезентациями. Много лет назад Фрейд привел аналогию нашей психической энергии, которая очень похожа на армию. Чем больше наша армия, тем больше психической энергии нам доступно для аутентичного взаимодействия во внешнем мире. Если в детстве мы вынуждены были иметь дело с непомерным количеством конфликтов и начали воевать слишком рано, то нам пришлось построить форт для каждого конфликта и оставить часть своей армии защищать его. Если мы выдержали слишком много боев и, следовательно, должны были построить слишком много крепостей, это истощило нас, оставив со слишком малым количеством психической энергии для продолжения марша нашей жизни. Когезивное Я имеет гораздо более доступное подлинное Я и, как показывает прерывистая линия на рис. 6.6, может легко воздействовать и влиять на Я, которое мы выбираем для показа другим. Такой индивид способен демонстрировать различные аспекты себя, которых требует ситуация (т.е. социальная общность, рабочие требования, разговор с близкими друзьями и т.д.), сохраняя внутреннее единство Я. С тех пор, как интернализированные объект- и Я-репрезентации интегрированы с хорошими и плохими аспектами каждой из них, во взаимодействие с другими вносится меньше искажений. Нуждаемость и зависимость были проработаны. Во внутренней жизни индивида больше не доминирует доамбивалентная инфантильная стадия зависимости. Дихотомия любви и ненависти сменилась более зрелой стадией здоро-

Рис. 6.7



вой зависимости и признания того, что я (так же, как и другие) одновременно и хорош, и плох.

Поскольку процесс интернализации или, более корректно, интроекции Я- и объект-репрезентаций является интегральной частью данной теории, здесь будет представлено его объяснение. Описание взято из ранней статьи Огдена (Ogden, 1983a).

«Идея данной статьи состоит в том, что интернализация объектных отношений с необходимостью включает в себя расщепление эго на части, которые, будучи вытесненными, образуют внутренние объекты, находящиеся в особых отношениях друг

к другу. Эти внутренние отношения формируются в соответствии с природой первоначальных отношений...» (стр. 227)

Используя более понятный язык вместо более технически корректного, но зачастую бестолкового и абстрактного языка Огдена, я приведу последовательность утверждений, помогающих уяснить данный процесс:

1. Ранний опыт взаимодействия ребенка с жестокой, отвергающей, критичной и холодной матерью формирует природу интернализированных объектных отношений.
2. Ребенок, чтобы справиться с трудностями такого эмоционального оскорбления, вытеснит критичную мать в свое бессознательное. Хорошие аспекты матери (хороший объект) отщепляются от плохих аспектов матери (плохой объект). Вытесняется не только плохой объект (критичная мать), но и Я-репрезентация (плохое Я) вместе с интенсивным эмоциональным компонентом этих отношений. Ребенок оставлен с плохим объектом («Ты ужасный ребенок»), плохим Я («Я должен умереть, раз я ужасный ребенок») и Я-репрезентацией, которая идентифицируется с интернализированным критичным плохим объектом («Я ненавижу себя так же, как меня ненавидит моя мать»). Идеализированная мать остается представленной в сознании.

Огден пишет: «В той степени, в какой «подгонка» матери к ребенку недостаточна, ребенок переживает невыносимое ощущение отделенности и защищает себя, отщепляя те аспекты эго, которые, как он чувствует, неприемлемы для матери. Эти отщепленные порции эго остаются зафиксированными в отношениях с неудовлетворительными аспектами объекта. Такие частичные объектные отношения (отщепленное эго в отношении к эмоционально отсутствующему или отвергающему объекту) вытесняются, чтобы овладеть чувствами, содержащимися в них, и в попытке изменить объект, превратив его в удовлетворяющий... Например, обещающие качества отношений и их отвергающие качества отделяются друг от друга во внутреннем мире ребенка. Важный аспект эго (центральное эго) сохраняет отношения с принимающими и принимаемыми качествами объекта (достаточно хоро-

шая мать [Winnicott, 1951] в противоположность защитно идеализируемой матери)». (1983а, стр. 230)

3. Став взрослым, человек интроецировал внутрь себя интернализированный объект (критичную мать и обещающую мать), Я (плохого ребенка и хорошего ребенка) и разнообразные сильные аффекты, основанные на гневе, ярости, стыде и страхе. С помощью проективной идентификации эти внутренние объектные отношения, дотеле спящие, готовы быть активизированными любым близким, интимным контактом с объектами внешнего мира.
4. Интернализированные объектные отношения отыгрываются с другими путем использования проективной идентификации. Человек заставляет объекты внешнего мира соответствовать переживаниям и ожиданиям внутреннего мира. Вследствие этого, такой «жизненный сценарий» отыгрывается путем нахождения внешних объектов (холодных, критичных женщин), которые совпадают с внутренней объект-репрезентацией (холодной, критичной матери), или путем принуждения других вести себя и обращаться с ними так, как от них ожидается (т.е. в холодной, критичной манере).

Огден пишет: «Проективная идентификация является межличностным процессом, в котором некто является объектом манипуляции, имеющей целью вынудить его к исполнению роли (не важно, насколько трудно осознаваемой) в чьей-то чужой фантазии... человек, применяющий проективную идентификацию, бессознательно фантазирует об изгнании нежелательного или небезопасного аспекта себя и о размещении этой части себя в другом человеке, что позволит ее контролировать. Это сопровождается реальным межличностным давлением на «реципиента» проективной идентификации, что бессознательно задумано для того, чтобы вынудить его переживать себя и вести себя способом, конгруэнтным бессознательно проецируемой на него фантазии.» (1983а, стр.232)

5. Привязанность к внешним плохим объектам (т.е. к холодной, критичной матери) — это результат навязчивого повторения. Человеку крайне трудно отпустить от себя плохие объекты внешнего мира, пока интернализированные объект- и

Я-репрезентации не проработаны и не изменены.

Огден пишет: «Соппротивление понимается как трудность отказа от патологических привязанностей, вовлеченных в бессознательные внутренние объектные отношения пациента... Эта связь базируется на потребности изменить плохой объект, превратив его в такого человека, каким бы он хотел его видеть... Второй класс привязанности к плохому внутреннему объекту... принимает форму крестового похода с целью показать всем несправедливость, холодность или другие формы неправильного поведения со стороны внутреннего объекта.» (1983а, стр. 236)

6. Привязанность к интернализированным отщепленным хорошим объект- и Я-репрезентациям — это объединенная сила, которая питает аддиктивный процесс. Нуждающаяся, но не заслуживающая удовлетворения хорошая Я-репрезентация — это бездонная яма, которую никогда не наполнить. И дразнящий хороший объект никогда не сможет выполнить свое обещание безупречной любви, принятия и совершенного удовлетворения, без всяких ограничений или разочарований. Слишком снисходительная, слишком удовлетворяющая и непостоянная мать может быть настолько же опасной для развития ребенка, как холодная, критичная и отвергающая. В первом случае фрустрационная толерантность никогда не интернализуется и, таким образом, никогда не приобретает контроль над импульсами.

Огден пишет: «один тип связи с плохим внутренним объектом — это привязанность жаждущего Я к дразнящему и обещающему объекту. Природа этой связи такая же, как у аддикта с аддиктивным агентом, и от нее крайне трудно отказаться.» (1983а, стр. 236)

7. Антилибидинальное эго (внутренний саботажник) становитсяместищем всего гнева и ярости, аккумулированного вокруг нужды в других (объектный голод) и обещаний надежды и удовлетворения. Эта ярость направляется не только на других (внешний плохой объект), которые обещают надежду или любовь, но и на себя — за потребность и веру в то, что все может быть по-другому. В условиях терапии это проявляется в том, что пациент не только сопротивляется изменениям, но и

пытается активно саботировать их, потому что любое внешнее изменение поведения угрожает внутренним объектным отношениям.

Огден пишет: «Объектный компонент часто поддерживает внутренние цели посредством попыток установления контроля над своим объектом (т.е. контроля над Я-компонентом внутренних отношений). Объектный компонент может насмехаться, стыдить, угрожать, помыкать или вызывать чувство вины в своем объекте (Я-компоненте внутренних отношений), чтобы поддерживать с ним связь. Эти усилия по контролю над Я-компонентом очень интенсифицируются, когда возникает опасность повреждения связывающих их уз, например, в случае более зрелой формы связи с терапевтом, которая может сделать эту внутреннюю, более примитивную форму не такой необходимой.» (1983а, стр. 238)

Определение терминов

Я-Объект: Я-объекты — это ментальные репрезентации других, которые мы ощущаем частью самих себя. Ожидаемый контроль над ними похож на ощущение контроля, который взрослый человек имеет над своим телом и разумом. В архаичной форме возникает ожидание, что этот контроль распространится на других, как если бы они были частью Я. Существует два вида Я-объектов — отражающий и идеализированный.

Отражающий Я-объект: Это объекты, которые реагируют на ребенка и подтверждают его внутреннее ощущение своей силы, величия и совершенства. Это блеск в глазах матери, когда она эмпатически настраивается на достижения ребенка. Именно из этого источника исходят базовые стремления ребенка к власти и успеху. Достаточно хорошее материнство приводит к удовлетворению здоровых грандиозных и эксгибиционистских устремлений ребенка. Если эти потребности адекватно удовлетворены, у него развивается здоровая самооценка с нормальной ассертивностью и амбициями. Неспособность Я-объекта оптимально удовлетворить нужду ребенка в отражении приводит к развитию личности, которая постоянно нуждается в восхищении, подтверждении и признании со стороны окружающих, потому что она сама пуста и не может предоставить это самой себе.

Идеализированный Я-объект: Это все объекты, с которыми ребенок может слиться как с образами спокойствия, безупречности и всемогущества. Если ребенку предоставить сильный, утешающий Я-объект, который позволяет себя идеализировать, в ребенке развивается способность к созданию здоровых идеалов, ценностей и принципов. Ребенок интернализует успокаивающие, утешающие качества Я-объекта, и, таким образом, происходит преобразующая интернализация. В противном случае, ребенок, которому недоступен идеализированный Я-объект, обречен на вечные попытки достичь единства с идеализированным объектом, поскольку из-за специфического структурного дефекта (недостаточная идеализация супер-эго) его нарциссический баланс поддерживается только благодаря постоянному обожанию, сближению и слиянию с могущественным другим или с идеалом.

Эмпатия: Это способ получения данных, который позволяет терапевту взглянуть на внутреннюю психическую жизнь людей. Эмпатия — не только полезный способ для получения доступа к внутренней жизни человека, она также является попыткой пережить чувства, желания, надежды и страхи другого человека посредством замещающей интроспекции. Сущность психотерапии заключена в длительном эмпатическом погружении терапевта в наблюдаемого субъекта, с целью сбора данных и их объяснения. Только после того, как опыт другого понят с помощью замещающей интроспекции, он может быть объяснен. Затем в дело вступает научная строгость, позволяющая включить наблюдаемые и переживаемые данные в контекст более широких смыслов и значений.

Оптимальная фрустрация: Величина тревоги, стресса или фрустрации, которую ребенок может вынести без ущерба для эго, самости и развития. Оптимальная фрустрация способствует росту и развитию психической структуры. Развитие здоровой личности происходит в условиях фрустрации, которая не является ни слишком продолжительной, ни слишком интенсивной. Слишком большой или слишком малый уровень фрустрации в определенный период может стать препятствием для личностного развития ребенка, точно так же, как слишком большой или слишком малый уровень фрустрации в процессе психотерапии может мешать лечению.

Альтер эго, или слияние с двойником: Твердое Я, возникающее благодаря оптимальному взаимодействию между ребенком и его

Я-объектами, дополняется этим третьим компонентом, связанным с первым полюсом, из которого исходят базовые стремления к власти и успеху, и вторым полюсом, который содержит основные идеализированные цели. Сердцевина личности ребенка определяется дугой напряжения в промежуточной области основных талантов и способностей, установившейся между амбициями и идеалами. Этот сектор состоит из потребности Я просто быть с другими людьми, и быть на них похожим, человеком среди людей. Недостаток Я-объектов в процессе развития ребенка приведет к тому, что человек будет неспособен почувствовать себя частью большего целого. Он будет ощущать свое отчуждение от остальных людей и не сможет конструктивно использовать свои таланты и умения.

Я-объектный перенос: Данный термин относится к оживлению в процессе лечения (или в межличностных отношениях) детской потребности в Я-объектах, не получившей достаточного отклика.

1. Личности, жаждущие отражения, нуждаются в Я-объекте, чьи подтверждающие и восхищенные реакции способны насытить их изголодавшееся Я. 2. Личности, жаждущие идеала, находятся в вечном поиске людей, которых они могут обожать за их престиж, власть, красоту, ум или моральный облик. 3. Личности «альтер-эго» нуждаются во взаимоотношениях с Я-объектом, который, совпадая во внешности, мнениях и ценностных ориентациях с Я, таким образом подтверждает существование и реальность этого Я.

Преобразующая интернализация: Специфический процесс формирования психологической структуры осуществляется внутри матрицы Я-объектной среды, содержащей эмпатически отзывчивые Я-объекты. Ядерное Я ребенка закладывается в процессе преобразующей интернализации. Построение структуры не может произойти без предыдущей стадии, во время которой потребности ребенка в отражении и идеализации были эффективно удовлетворены. Структура закладывается вследствие небольших, нетравматичных недостатков в ответах отражающих и идеализированных Я-объектов. Эти недостатки приводят к постепенному замещению Я-объектов и их функций Я самого ребенка и его функциями. Саморегуляция и самоутешение интернализуются. И именно недопущение преобразующей интернализации приводит к тому, что человек начинает искать вовне (т.е. в еде, сексе, наркотиках, других людях и т.д.) то, что он не может обеспечить себе изнутри.

Фальшивое Я: В случае, если возникает угроза целостности ядерного Я ребенка, могут быть созданы защитные или компенсаторные структуры, или фальшивое Я, для того, чтобы предохранить Я от дальнейших нарциссических травм. Такие люди развивают “как-будто личность”, зачастую подкрепляемую грандиозным Я, которое скрывает их “истинное Я”, предотвращая его дальнейшую фрагментацию. Такой защитный процесс мешает им подпитывать свое ослабленное чувство Я, поскольку каждый их успех приписывается тому, как они “действовали”, а не тому, “какие они есть на самом деле”. Следовательно, они чувствуют себя “самозванцами” (т.е. синдром самозванца), которых впоследствии разоблачат, раскрыв, кто они есть на самом деле.

Фальшивое Я является защитной функцией, призванной спрятать и защитить истинное Я. Фальшивое Я выполняет ее, подчиняясь требованиям окружающей среды, в соответствии с пятью категориями (Winnicott, 1965):

1. Одна крайность: фальшивое Я выдает себя за реальное, и именно его окружающие принимают за реальную личность.
2. Менее экстремальный вариант: фальшивое Я защищает истинное Я. Истинное Я признается как возможность, и ему позволено тайная жизнь.
3. Основной заботой фальшивого Я является поиск условий, в которых истинное Я сможет занять свое законное место.
4. Фальшивое Я строится на идентификациях и похоже на хамелеона.
5. Фальшивое Я представлено целостной организацией из вежливости, хорошего воспитания и признания социальных ограничений.

Огден (1983а) дает прекрасное и исчерпывающее описание вклада фальшивого Я Винникотта в теорию объектных отношений:

«Главным вкладом Дональда Винникотта в развитие теории внутренних объектных отношений была его теория множественных Я-организаций, связно функционирующих внутри системы личности. Винникотт считал, что ребенок рождается с потенциалом уникальной индивидуальности личности (личностная организация, называемая Подлинным Я), которая может развиться в контексте отзывчивого и поддерживающего окружения, обеспечиваемого достаточно хорошей ма-

терью. Однако, когда мать неожиданно изменяется в ответ на спонтанные действия ребенка (т.е., вступает в действие ее собственная сепарационная тревога в ответ на любопытство ребенка), он переживает травматический разрыв своего развивающегося ощущения Я. Когда такие удары являются центральной характеристикой ранних отношений мать-ребенок, последний попытается защитить себя, развив вторую (реактивную) личностную организацию (Фальшивое Я). Это Фальшивое Я бдительно отслеживает сознательные и бессознательные потребности матери, приспосабливается к ним и, таким образом, обеспечивает внешнюю защиту, за которой Подлинное Я может позволить себе уединиться, что совершенно необходимо для поддержания его интеграции.

Фальшивое Я не имеет злого умысла; напротив, оно является заботливым Я, которое энергетически «управляет» жизнью, чтобы глубинное Я не переживало страха уничтожения, который вызывается чрезмерным давлением на него с целью заставить развиваться в соответствии с внутренней логикой другого человека (матери). Ужас уничтожения, переживаемый Подлинным Я, приводит к чувству абсолютной зависимости от личностной организации Фальшивого Я. Это делает крайне трудным отказ от этого способа функционирования, несмотря на осознание пустоты подчиненной ему жизни. Этот стиль часто может вести к академическому, профессиональному и социальному успеху, но со временем человек все больше чувствует себя скучающим, «делающим заученные телодвижения», отчужденным, механистичным и неспособным к спонтанности». (стр. 231)

Достаточно хорошее материнство: Этот термин был введен Винникоттом для описания адаптивного функционирования матери, которое способствует формированию психической структуры ребенка в условиях оптимальной фрустрации. Достаточно хорошая мать не станет чрезмерно восхвалять или травматично фрустрировать растущего малыша. Вместо этого, она постепенно снижает свое интуитивное понимание ради дальнейшего развития ребенка и его растущей способности выносить фрустрацию.

Дозаправка: На стадии упражнения ребенок отрывается от матери; но когда он устает, истощен или встревожен, у него появляется потребность в установлении эмоционального контакта с

Я-объектом. Достаточно хорошая мать позволяет ему произвести эмоциональную “дозаправку” без того, чтобы завладеть ребенком и подавить его или оттолкнуть, отказывая в помощи.

Расщепление: По мере того, как ребенок готовится к вступлению в подфазу сепарации-индивидуации, симбиотический союз расщепляется на четыре группы образов — хорошее Я, хороший объект, плохое Я и плохой объект. Цель этого расщепления состоит в том, чтобы сохранить хорошие образы достаточно долго для того, чтобы ребенок мог вынести осознание того, что “абсолютно плохой” и «абсолютно хороший” образ являются одним и тем же человеком. Ребенок пока неспособен вынести понимание того, что “хорошая мать”, которая кормит его, одновременно является и “плохой матерью”, которая наказывает его за плохое поведение. Для того, чтобы защитить себя от подавляющей тревоги, возникающей из-за неспособности воспринимать свою мать как одновременно плохую и хорошую, ребенок, остановившийся в своем развитии, расщепляет свои чувства между все-или-ничего, воспринимая черно-белые образы. Таким образом, мать не может быть одновременно и плохой, и хорошей. Ребенок или интернализует и интроецирует плохой объект в себя (т.е. “Я плохой, а мама хорошая”), или идеализирует мать и проецирует плохой образ на внешний мир (т.е. “Там плохо, а я хороший”).

Кернберг ввел этот термин для соответствующего защитного механизма, определив его как активное защитное разделение “абсолютно плохих” и “абсолютно хороших” образов. Такой защитный процесс приводит к тому, что человек не способен сохранять ментальную репрезентацию объекта, объединяющую плохие и хорошие образы. Объекты или идеализируются как “абсолютно хорошие”, когда они доставляют удовольствие, или обесцениваются как “абсолютно плохие”, когда они в чем-то отказывают. (См. Рис. 6.2).

Проективная идентификация: Примитивная защитная операция, свойственная личностям пограничной структуры. Цель проекции состоит в том, чтобы избавиться от всех плохих интернализованных образов, перемещая их вовне, на других людей. Следовательно, внешние экстернализованные объекты воспринимаются как плохие (т.е. злые, угрожающие). Затем человек прилагает усилия к тому, чтобы контролировать эти экстернализованные объекты, не давая им обращаться с ним так, как он опасается, что они будут с ним обращаться (т.е. нападать на него и контролировать

его). Парадоксально, но своим подозрительным и обороняющимся поведением такие индивиды вызывают у окружающих именно такое отношение, которое им более всего неприятно. Затем они отождествляются с этим гневом, утверждаясь в своем мнении, что объекты в окружающем мире — действительно плохие (т.е. контролируемые и злые). Их подозрения становятся самоисполняющимся пророчеством.

Несколько примеров помогут объяснить этот важный защитный процесс.

Тридцатитрехлетний кокаиновый аддикт в состоянии острой интоксикации кокаином начал подозревать, что люди (полиция и военные) преследуют его. Он бежал по улице, прячась за почтовыми ящиками и телефонными будками. Окружающие, встревоженные его защитным, подозрительным и злобным поведением, вызвали полицию, которая начала его преследовать. Таким образом, страх этого человека, что его преследуют и готовы атаковать другие люди, подтвердился. Раз они так, он напал на полицейских офицеров, уверенный в том, что они намерены схватить его без всяких причин.

Ральф, сорокадвухлетний выздоравливающий алкоголик с пятью годами трезвости, был направлен ко мне нанимателем в связи с постоянными пререканиями с ним. Ральф выполнял свою работу более чем удовлетворительно; но из-за того, что он создавал такую стрессовую обстановку в офисе, был на грани увольнения. После четырех групповых сессий Ральф начал горько жаловаться на неадекватность ведущего группы. Он настаивал, что ведущий не помогает ему, и что цена, которую он платит за группу, несоразмерна и несправедлива. После пятой сессии он обвинил ведущего в том, что тот смотрел на него пренебрежительно перед тем, как он пришел на группу на прошлой неделе. А еще он гораздо более благосклонен ко всем остальным членам группы, и питает к нему особую неприязнь. Поскольку все это было совершенно несправедливым, ведущий исследовал данный инцидент, в конце концов указав Ральфу на его способ обращения с собой, в точности совпадавший с его способом обращения с другими в своей жизни — а именно, он приписывал другим (проецировал) те качества (гнев, раздражительность, критицизм), которыми обладал сам. Затем он отрицал то, что обращает-

ся с ними подобным образом, и обвинял других в поведении, которое на самом деле было его собственным (проективная идентификация). Ведущий группы смог подтвердить свои наблюдения, получив консенсуальную валидацию от группы. Ральф, с помощью обратной связи от других членов группы, смог осознать важный защитный процесс, который вел ко многим межличностным осложнениям в его жизни.

Переходный объект. Понятие введено Винникоттом, и означает первый объект, выбранный ребенком, который он признает «не собой». Это обычно одеяло, мишка или другая игрушка. Объект облегчает осознание ребенком своей отдельности и утешает его на пути к тому, чтобы стать самодостаточным.

Аддикция как попытка самолечения

Пытаясь объяснить важность психологии Я как лечебного подхода, Ховард Бакал (Howard Bacal) писал: «Просто невозможно применять немодифицированную классическую теорию влечений в клинической ситуации и ожидать, что пациент почувствует, что его понимают» (1992, стр. 56). В сущности, Бакал говорит о «значительном различии между тем, что эффективные классические теоретики проповедают, и тем, как они практикуют». Эта точка зрения имеет значение при выборе лечебного подхода для работы с химически зависимыми лицами. Критицизм Бакала является следствием его попытки совместить классическую теорию с реалиями практики с неаддиктивными пациентами. То же самое Ханзян пытался сделать с аддиктивными. Неслучайно и Бакал, и Ханзян с радостью воспользовались для решения этой задачи теоретическим подходом психологии Я Хайнца Кохута, поскольку он предлагает уникальную перспективу не только для аддикции, но также и для психопатологии в целом. Психология Я исходит из классической теории влечений Фрейда, с ее акцентом на интрапсихических конфликтах, но переносит фокус внимания на отношения и соответствующие возрасту потребности роста, которые, будучи неудовлетворенными, приводят к остановке эмоционального развития. Пока это нарушение не будет исправлено путем восстановления психической структуры, индивид останется обреченным на поиск внешних источников удовлетворения, потому что его внутренняя структура самости не способна его этим обеспечить.

Аддикция, с этой точки зрения, выглядит как неудачная попытка самолечения. Из-за того, что потребности их развития не удовлетворены, люди становятся обладателями поврежденного, ослабленного, неспяянного или фрагментированного Я. Снаружи такие индивиды часто выглядят очень хорошо, но внутри чувствуют пустоту и незавершенность. Они не могут регулировать аффект, а зачастую даже и определить, что они чувствуют. Будучи неспособными привлечь свои собственные ресурсы, которых нет, они постоянно нуждаются (объектный голод) в нахождении таких ресурсов саморегуляции снаружи — вне себя. Поскольку болезненные, отвергающие и стыдящие отношения являются причиной дефицитов их самости, они не могут обратиться к другим за получением того, что им нужно, и чего они никогда не получали. Депривированные потребности и объектный голод оставляют их с нереалистичными и невыносимыми аффектами, которые не только приносят беспокойство другим, но и постыдны для них самих. Вследствие этого алкоголь, наркотики и другие внешние источники удовлетворения (еда, секс, работа и т.п.) берут на себя регулирующую функцию, порождая фальшивое ощущение автономии, независимости, и давая возможность отрицать потребность в других. Такие попытки самовосстановления могут также приобретать обсессивно-компульсивные черты (гемблинг, сексуальные перверсии, садо-мазохистские отношения), что только осложняет изначальные проблемы. Как говорит Кристал (Krystal, 1982), аддикция — это неудачная попытка помочь себе.

В своей ранней работе с наркоманами Ханзян (1985) обнаружил, что опиаты были наркотиком выбора для определенных лиц из-за своего специфического фармакологического эффекта. Опиатные и героиновые аддикты ценили свои наркотики за антиагрессивный эффект. Они помогали успокоиться и притушить сильное чувство ярости. Ханзян предположил, что аддикты отнюдь не ищут в первую очередь удовольствия; скорее, они пытаются регулировать свою эмоциональную жизнь и избегать, хотя бы временно, постоянного ощущения депривации, неадекватности и стыда, доминирующего в их жизни. Наркоманы и алкоголики часто говорят о себе следующее: «чувствую, как будто я всегда на кварту недолит» или «пока я не начал принимать наркотики, я никогда не чувствовал себя нормально». В своей более поздней работе с кокаиновыми аддиктами Ханзян обнаружил, что люди, чувству-

ющие скуку, пустоту, внутреннюю омертвелость или бессмысленность жизни, часто подсаживаются на стимуляторы. Дальнейшее наблюдение показало, что контрзависимые, сдержанные и замкнутые люди, вероятнее всего, выберут алкоголь и седативные средства. Высоко тревожные и боязливые субъекты чаще становятся зависимыми от малых транквилизаторов, в то время как более отчужденных и шизоидных привлекают марихуана и галлюциногены. Как писал Ханзян (1982), «... этот выбор связан с различным психоактивным действием разных наркотиков ... экспериментируя с разными веществами, индивид обнаруживает, что действие одного из них предпочтительнее, чем всех остальных». (стр. 757)

Хотя классификация Ханзяна и не подходит всем людям во всех случаях, все же в его наблюдениях много справедливого. Но более важно то, что его гипотеза самолечения рассматривает аддикцию как результат недостаточности самости и аффективных дефицитов, связанных со структурными повреждениями, влияющими на способность аддикта или алкоголика к саморегуляции. Химически зависимые люди действуют, в некотором смысле, как собственные недипломированные врачи, пытаясь восстановить или исправить то, чего им не хватает.

Ханзян и другие психодинамически ориентированные теоретики (Krystal, 1982; Wurmser, 1978; McDougall, 1989) начали привлекать психологию самости и теорию объектных отношений для создания более исчерпывающей и практически применимой теории аддикции. Они согласны в том, что существуют четыре проблемные зоны, которые постоянно заявляют о себе у аддиктов и алкоголиков:

1. Уязвимость и хрупкость самооценки, что ведет к установлению фальшивого Я с грандиозными защитами, которые помогают справляться с переполняющими чувствами стыда и унижения.
2. Неспособность заботиться о себе.
3. Неспособность идентифицировать, выдерживать и регулировать свои аффекты.
4. Трудности в установлении и поддержании здоровых, взаимно удовлетворяющих отношений, которые не являются эксплуатирующими, контролирующими, садистическими или мазохистическими.

Уязвимость самооценки

Поскольку алкоголики и аддикты не обладают внутренней структурой, необходимой для борьбы с отвратительным чувством фрагментации, тревоги и низкой самооценки, их влечет к внешним источникам (алкоголь, наркотики, сексуальное возбуждение, еда и т.п.) в попытках успокоиться и утешиться (преобразующая интернализация).

Кохут и Вульф пишут:

«Индивиды, чья появляющаяся самость встретила несоответствующую реакцию, будут использовать любые доступные стимулы для достижения псевдо-возбуждения, чтобы победить болезненное чувство омертвелости, грозящее охватить их ... В распоряжении взрослых имеется даже более широкий набор средств самостимуляции; в частности, в сексуальной сфере — аддиктивный промискуитет и разнообразные перверсии, а также такие занятия, как гемблинг ... возбуждение, индуцированное наркотиками и алкоголем, и стиль жизни, отличающийся гипербобщительностью. Если аналитик способен проникнуть под защитный фасад, представленный такой деятельностью, он неизменно найдет пустоту и депрессию».
(Kohut & Wolfe, 1978, стр.418)

С точки зрения Кохута и Вульфа, неспособность индивида достичь самоутешения через преобразующую интернализацию является причиной его попыток снизить напряжение путем употребления алкоголя или наркотиков. Невозможность успокоить и утешить самих себя ведет алкоголиков и наркоманов к поиску других, которые смогут сделать это для них. Поскольку их Я-объектные потребности и желания искажены, они постоянно разочаровываются в своих отношениях и в достижении своих целей. Поиск снаружи того, что может быть найдено только внутри, ведет к постоянной фрустрации и отчаянию. В жизни большинства алкоголиков и аддиктов преобладает недостаточность, из-за которой они чувствуют себя пустыми и лишенными чего-то главного. Они верят, что если бы только другой мог обеспечить им «дозаправку» этим главным, они бы могли стать цельными и завершенными. Их ждет неизбежное разочарование, поскольку, будучи зрелыми взрослыми, они не могут больше выносить удовлетворение своих инфантильных потребностей инфантильным способом.

Поэтому они постоянно борются за отрицание своей нужды. Они становятся контрзависимыми и воспринимают других как отвергающих и отказывающих. «Если бы ты меня любил, ты бы меня не разочаровал. А раз я разочарован, значит, ты меня не любишь». Использование расщепления, проективной идентификации и страх близости делают для них невозможными любые удовлетворяющие отношения. Они становятся обиженными и разочарованными людьми, не понимающими, какую роль они сами играют в этом процессе. Алкоголь и наркотики становятся их единственной возлюбленной и единственным другом.

Новое определение нарциссизма

Одна из главных заслуг Кохута — это изменение способа концептуализации нарциссизма. Кохут узаконил его как нормальную и здоровую (в соответствующем возрасте) потребность развития — в связанности с объектом. С его точки зрения, нарциссические потребности свидетельствуют не об эгоизме, а о нарушении отношений между Я и его самыми значимыми другими, или Я-объектами. Классическая теория влечений рассматривает нарциссизм как эгоизм или самовлюбленность, что отражает упрямое настояние незрелого индивида на том, чтобы все было так, как он хочет. (Это очень похоже на то, что говорится в АА об эго). Кохут выявил важное различие между здоровым и нездоровым нарциссизмом. Соответствующая фазе развития эмпатическая отзывчивость на Я-объектные потребности ребенка, необходимая для интеграции и развития его самости, приводит к здоровой самооценке. В отсутствие идеализируемого или отражающего Я-объекта ребенок, скорее всего, вырастет с нарциссическим поведенческим или личностным расстройством. В любом из этих случаев человек не будет иметь структуры, необходимой для управления эмоциональными травмами и разочарованиями, которые неизбежно случатся в его жизни. Как пишет Бакал (1985), «дефекты самости, причиненные неправильными ответами Я-объектов, ведут индивида к тому, что Кохут называл переносоподобными состояниями — когда он всю дальнейшую жизнь ищет Я-объекты, которые предоставят ему те ответы, которых ему не хватает, чтобы восстановить свою самость». (стр. 488)

В этой перспективе Бакал смотрит на отношения как на попытку самовосстановления, совсем как Ханзян, называющий их само-

лечением, а употребление наркотиков и алкоголя — попытками восстановить себя.

Здоровая самооценка является конечным продуктом достаточной и соответствующей возрасту отзывчивости и эмоциональной настроенности родителей. Здоровые родительские ролевые модели обеспечивают другой необходимый компонент идеализации, которая ведет к здоровому нарциссизму. Последний является базисом эмоционального здоровья и состоит из субъективного ощущения благополучия и уверенности в своем достоинстве. Человек, который «чувствует» сбалансированную оценку своей важности и потенциала, и может зрелым образом взаимодействовать с другими, обычно ощущает смысл и знает свое место в мире.

В противоположность этому, даже несмотря на то, что большинство кокаиновых аддиктов и алкоголиков выглядят очень успешными и достигают многого в своей профессиональной жизни, работающие с такими пациентами поражаются тому, насколько хрупко их базисное чувство собственного достоинства. Несмотря на преувеличенное стремление к финансовому, физическому и интеллектуальному успеху, их нужда в признании и принятии делает их крайне чувствительными к обидам, отвержению, стыду и унижению.

Здоровый и нездоровый нарциссизм

Психология самости всегда рассматривала здоровый, или зрелый нарциссизм не как снижение эмоциональных инвестиций в свое Я, а как способность личности устанавливать с другими удовлетворяющие отношения, в которых получение и отдача сбалансированы. Как пишет Орнштейн (Ornstein, 1981), «Когда ... самость приобретает способность становиться относительно независимым центром инициативы ... тогда становится возможным признание относительно независимого центра инициативы и в другом» (стр. 358). В случае здорового нарциссизма человек может сохранять здоровое уважение своей уникальности, будучи в то же время способным к взаимному резонансу с уникальными качествами независимого другого. Такой человек может и отдавать, и брать, ему не нужно быть в отношениях всегда сверху или снизу.

Напротив, нездоровый нарциссизм, проявляющийся нарциссическим поведенческим или личностным расстройством, заметен в людях, которые не способны к подлинному равноправию и взаимности в отношениях. Они будут нуждаться или в том, чтобы быть

снизу — идеализируя другого, или сверху — нуждаясь в других, как в отражающих Я-объектах, подтверждающих их особенность. Отражающие Я-объекты в конце концов подвергаются обесцениванию, и отношение к ним после использования становится весьма презрительным. Как только другой перестает быть функционально полезным, он должен быть выброшен, как старый костюм, или заменен новой моделью, как старый автомобиль, переставший быть шикарным или самым мощным. Поскольку индивиды с настоящим нарциссическим расстройством личности относятся с презрением и стыдом к небезупречным аспектам себя, они не могут выносить этого и в других.

Нарциссизм, с этой точки зрения, перестает быть источником здорового самоуважения и самооценки, и становится защитой — фальшивым, или грандиозным Я, оберегающим от болезненного чувства стыда и собственной ничтожности. Как убедительно доказали Моррисон и др. (Morrison, 1989), стыд и унижение всегда является движущей силой или больным местом, стоящим за нарциссической защитой. АА давно признает, что грандиозность, самовлюбленность и отсутствие смирения — самые большие препятствия для преодоления аддикции. Пользуясь технически некорректными терминами, позаимствованными из психодинамических источников, АА, тем не менее, уловили суть проблемы, которая должна быть решена в выздоровлении. Задолго до психологии самости Кохута и теоретических формулировок грандиозности и нарциссизма, пионеры лечения алкоголизма 1950-х, такие как Н. Tiebout, писали о необходимости эго-факторов и «отказа от раздутого эго» в выздоровлении алкоголиков. В 1971 Бейтсон (Bateson) говорил о нежелании алкоголиков отказываться от своей «фальшивой гордости» как о величайшем препятствии к выздоровлению. Хотя терминология может быть другой, основная предпосылка та же самая. Ранние теоретики признавали, что нарциссические черты, такие как грандиозность, были главным следствием аддиктивного процесса.

Фальшивая гордость, раздутое эго и грандиозность последовательно рассматривались как защиты от чувства унижения и неадекватности. Как заявлял Tiebout (1954), для раздувания себя всегда есть причина. Если бы человек чувствовал или верил, что его достаточно, у него не было бы потребности в раздувании себя или фальшивой гордости. С этой точки зрения, ощущение собствен-

ной ценности, уверенность и гордость свидетельствуют о здоровом нарциссизме и подразумевают, что в грандиозности нет нужды. А когда люди страдают от отсутствия самооценности, они сталкиваются с невыносимыми аффектами, часто оборачивающимися стыдом. С точки зрения психологии самости, Моррисон (1989) считал, что «переживание самостью стыда настолько болезненно, что она создает нарциссические конструкции безупречности, грандиозности, превосходства и самодостаточности, чтобы уничтожить стыд как таковой ... Стыд, таким образом, может рассматриваться как неизбежное чувство, испытываемое самостью из-за своего нарциссического несовершенства, несостоятельности и испорченности» (стр. 66).

Моррисон и его соавторы считают стыд краеугольным камнем всей психопатологии. Чувствовать стыд — значит ощущать себя выставленным на всеобщее обозрение, так, что всем видно твое несовершенство. Стыд, по определению, требует, чтобы эти несовершенства оставались скрытыми, не только от других, но, в конце концов, и от себя. Смущение и унижение — неизбежные результаты того, что человек видим, и его плохость, слабость, бессилие и нуждаемость заметны другим. На одном краю континуума находятся склонные к стыду индивиды, которые переживают свою уязвимость и обычные человеческие недостатки и ошибки как приговор, и по этой причине их надо отрицать и избегать любой ценой. На другом конце находятся те лица с нарциссическими расстройствами, которые настолько защищены от постыдного несовершенства, что, как они убеждают себя, не могут ничего сделать неправильно. Они просто не делают ошибок! Это всегда чужие проблемы или ошибки. В еще более крайних случаях, они защищены до того, что неспособны ощущать здоровый стыд. Они совершенно бесстыдны. Как указывали Курц (Kurtz, 1983) и Брэдшоу (Bradshaw, 1993), быть бесстыдным — это совсем не то же самое, что не чувствовать вины. Последнее подразумевает невинность и говорит об отсутствии неправильных действий. Бесстыдство — очень серьезный дефект характера, потому что индивид не имеет доступа к здоровым внутренним сигналам стыда, помогающим установить ограничения для Я из уважения к границам других. Такие индивиды склонны к эксгибиционизму и вуайеризму. В некоторых случаях они могут приобрести сексуальную фиксацию в виде перверсии.

Рис.6.8. Баланс стыда и нарциссизма



Рис. 6.8 показывает хрупкое равновесие, присущее здоровому нарциссизму и здоровому стыду. Когда этот баланс достигает-

ся, людям доступны обе стороны континуума. Когда нездоровый нарциссизм преобладает, как при нарциссическом расстройстве, обнажаются его патологические аспекты, и стыдливый полюс перестает осознаваться. Когда преобладает стыд, здоровые компоненты нарциссических ресурсов недоступны, и стыд приобретает качество мазохизма.

Раскаяние, стыд и презрение к себе, которые аддикты и алкоголики переживают наутро после употребления вещества — это то, что побуждает их давать фальшивые обещания бросить пить и клятвы, что такое больше не повторится. Алкоголь и наркотики сначала поддерживают нарциссические защиты, потому что первоначальное чувство стыда доминирует в жизни химически зависимого индивида. Эта попытка самолечения только осложняет положение, частично из-за своей тенденции укреплять ригидные защиты. Когда происходит неизбежная отдача, стыд и раскаяние настолько интенсивны, что алкоголики или аддикты вынуждены бороться с ними с помощью единственного доступного им ресурса, а именно, алкоголя и наркотиков.

С точки зрения психологии самости, стыд есть результат неудачных ранних объектных отношений — или из-за активных, унижительных нападков, или в результате разрывов эмпатической настройки значимых Я-объектов. Стыдливые люди, в результате защитной компенсации, часто чрезвычайно амбициозны и стремятся к успеху, реагируя на все неудачи как на приговор и доказательство своей врожденной дефективности. Стыд может быть контейнирован только постоянными достижениями, грандиозностью или аддиктивно-компульсивным отыгрыванием. Эксгибиционистские компоненты грандиозности отражают потребность быть видимыми другими в качестве могущественных, независимых, прекрасных и успешных людей. «Показ» себя является защитой, которая отвлекает других от возможного взгляда на то, что спрятано (неадекватность, несовершенство и недостатки). Нарциссический индивид похож на циркового фокусника, использующего ловкость рук как отвлекающий маневр, чтобы другие обращали внимание только на то, на что он хочет, и не заметили того, что скрывается. Грандиозность как защиту не следует путать с грандиозностью — здоровым компонентом психической структуры. Как пишет Бакал,

«Она отражает чувство личной уверенности в своей уникальной важности. Это — самовосприятие, которое предположительно возникает вследствие оптимальных переживаний отражения Я-объектами. Она здоровым образом аффективно окрашена. Другое понятие, которое ближе к традиционному понятию грандиозности — это восприятие себя более раздутым, чем индивид мог бы в норме ощущать. Это можно считать состоянием патологии самости; и это связано с отрицаемой низкой самооценкой». (1992, стр. 72)

Отношение между самооценкой, нарциссизмом, грандиозностью и стыдом имеет огромную важность для лечения аддикции. Наркотики и алкоголь становятся настолько неотъемлемой частью грандиозных защит, что уже невозможно отделить одно от другого. Как только химикаты перестают поддерживать грандиозную самость и ее защиты, с нарциссическими характерологическими особенностями становится возможным обращаться более эффективно. Стыдливые аспекты самости, которые раньше отрицались, выходят на поверхность, и пока они не будут присвоены, признаны и приняты, невозможно будет достичь характерологических изменений. Если дефекты характера не исправить, а характерологические паттерны не изменить, то аддиктивный индивид всегда будет подвержен опасности срыва или склонен заменять одну аддикцию другой. Здесь психология самости и двенадцатишаговая философия объединяют силы для объяснения, понимания и лечения аддикций. Обе точки зрения дополняют друг друга и дают очень похожие рекомендации для лечения, даже если их язык и различен. Разрешение стыда и лечение расстройства самости будут обсуждаться более широко в главах об АА (Глава 7) и долгосрочном лечении (Глава 11).

Забота о себе

Алкоголики и аддикты известны своим самодеструктивным и пораженческим поведением. У них в принципе отсутствует способность заботиться о себе и защищать себя от самопоражающих действий. Поскольку химически зависимые индивиды страдают уменьшением или недоразвитием способности эго к модуляции чувств, они часто не могут сказать, что они устали, больны, голодны, встревожены или расстроены. По мере развития злоупотребления веществом они обычно приобретают и множество других

вредных для здоровья привычек. Многие из них непрерывно курят, не упражняются или чрезмерно упражняются, плохо питаются и демонстрируют почти полную неспособность расслабляться и наслаждаться. Такие нарушения заботы о себе также приводят к тому, что они не могут осознавать, настораживаться, беспокоиться или пугаться в достаточной мере, чтобы избегать вредного и опасного поведения или сопротивляться ему. Поскольку в детстве они зачастую были объектами недостаточной родительской заботы, а многие из них происходят из алкогольных или дисфункциональных семей, они не готовы к соответствующей оценке последствий рискованного или самоповреждающего поведения. Они постоянно оказываются в потенциально деструктивных и болезненных обстоятельствах. Неудовлетворительные и дисфункциональные межличностные отношения являются нормой для них. Ханзян (1982) считает, что такая неспособность заботиться о себе обусловлена развитием. Обсуждая Малер и других теоретиков развития, он замечает: «Они подчеркивают важность оптимальной родительской заботы и защиты в ранний период для установления этой функции, и описывают, как крайности депривации или потакания имеют опустошительные последствия для развития этой способности» (стр. 589).

Аффективная регуляция

Пока ограниченная способность к заботе о себе не дает аддиктам или алкоголикам защититься от продолжающегося саморазрушительного и опасного поведения, они также страдают и от дефицитов в функционировании эго, которые мешают их способности использовать свои чувства в качестве проводников или управляющих сигналов для защиты от нестабильности и хаоса своей внутренней эмоциональной жизни. У алкоголиков и аддиктов нарушена регуляция аффектов, что проявляется как «неспособность идентифицировать и вербализовать чувства, непереносимость тревоги и депрессии, неспособность модулировать чувства и активность, а также крайние проявления аффекта в виде гипомании, тревожно-фобических состояний, паники или лабильности». (Khantzian, 1982, стр. 590).

Если развитие не нарушено, чувства действуют как проводники или сигналы для регуляции поведения. Поскольку алкоголики и аддикты страдают из-за остановки в развитии, они обычно не мо-

гут дифференцировать свои чувства или понимать их. Вследствие этого, они неспособны использовать чувства в качестве сигналов. Как утверждает Ханзян, «они страдают дефектом эго, затрагивающим порог стимуляции, вследствие чего они либо неспособны идентифицировать аффекты, либо их чувства непереносимы и затопляют их. Поэтому отрицание или действие алкоголя используются для предотвращения переполнения чувствами в обстоятельствах, которые не были бы травматичными для других людей» (1982, стр. 591). Такие индивиды не могут утешить или успокоить себя в страдании, становясь зависимыми в этом от внешнего агента.

Зависимость и самость

Дефект самости ведет к невозможности сформировать эго-идеал. В схеме Кохута (1977b) алкоголики и аддикты не могут адекватно интернализировать восхитительные и желанные, ободряющие, ценные и идеализируемые качества своих родителей. В результате им не хватает достоинства, и они страдают от хронически низкой самооценки. Вследствие неспособности правильно оценивать себя и судить о своих отношениях, они сильно зависят от внешних источников одобрения и подтверждения. Внешняя деятельность, использование других и зависимость от них — все это попытки хорошо почувствовать себя, потому что они почти совсем неспособны дать себе это изнутри.

Кернберг (1975) подчеркивает то, как ригидные и примитивные защиты этих людей ведут к вытеснению и диссоциации частей их самости. Алкоголь и наркотики можно считать попытками «дозаправить» грандиозную самость и активизировать полностью хорошие образы себя и объекта, отрицая полностью плохие интернализированные объекты. Кристал (1982) утверждал, что из-за этих защитных операций алкоголики и аддикты не могут переживать свои чувства, пока не выпьют или не примут наркотик. Прием химикатов, таким образом, позволяет получить короткий и переносимый опыт таких чувств.

Алекситимия

Алекситимия была выделена как характерный паттерн, выражающийся в неспособности называть и использовать свои эмоции. Невозможность вербализовать чувства ведет к соматизации аффек-

тивных реакций. В результате, у таких людей скорее появляются ощущения, а не чувства. Такие физиологические ощущения невозможно использовать как сигналы, но при этом они остаются болезненными и подавляющими. Такие болезненные аффективные состояния привлекают внимание скорее к самому дискомфорту, чем к «истории, стоящей за чувством». Такие индивиды отличаются поразительной неспособностью артикулировать даже самые болезненные, беспокоящие и важные чувства. Многие (если не все) их чувства переводятся в соматические жалобы на физический дискомфорт и тягу. Алкоголь и наркотики используются для блокировки аффекта и отвлечения внимания индивида от сигнала и его интерпретации. Кристал (1982) считает, что это также вносит свой вклад в «уменьшение способности фантазировать, ориентируясь на влечение. Мышление становится оперативным, приземленным и скучным. Их способность к эмпатии и развитию переноса серьезно снижена». (стр.614) Коротко говоря, алкоголики и аддикты теряют способность наслаждаться собой или другими, если они не употребили алкоголь или наркотики.

Ангедония

Многие алкоголики и аддикты не могут испытывать радость, удовольствие или счастье. Наркотики — действительно единственный способ, с помощью которого они могут достичь удовлетворения и облегчения от мучительных аффективных состояний. Кристал (1982) считает это последствием младенческой травматизации, приводящей к ориентации на «судный день». Эта ориентация подразумевает постоянное ужасное ожидание того, что непереносимые травматические состояния вернутся. Такие индивиды будут проявлять большую активность для снижения своего страха — чтобы ожидаемая катастрофа не произошла. Кристал (1982) пишет о важности этого в лечении:

«вряд ли кто-нибудь знает о том, как помочь пациентам в культивировании своей способности испытывать удовольствие и веселиться. Эта проблема становится особенно серьезной, когда имеешь дело с алкоголиком-профессионалом, например, врачом. Такие люди склонны демонстрировать комбинацию тяжелой компульсивности, «работоголизма» и ангедонии, лежащую в основе их проблемного пьянства. Нар-

котики часто используются для того, чтобы поддерживать суровый машиноподобный режим самоконтроля. Многие из этих пациентов долгое время были очень успешными профессионалами и сделали карьеры в бизнесе. Их «великолепная» приспособленность к реальности на самом деле является частью «оперативного» жизненного стиля.» (стр. 615)

Регрессия аффекта

Вермсер (Wurmser, 1978) выстроил последовательность из семи последовательных этапов компульсивного употребления наркотиков. Цикл аддиктивного процесса включает семь стадий и всегда начинается с острого нарциссического кризиса (т.е. разочарования в себе или в любимом объекте). Он переживается как невыносимый удар по самоуважению, который отправляет человека в регрессивный штопор. Эти стадии таковы:

1. Случается неожиданное и резкое понижение самооценки, вызванное «большим провалом» ожиданий, которые могли быть и справедливыми, но обычно сильно завышены.
1. Нарциссическая травма вызывает регрессию аффекта, так что теперь он не может быть передан словами. Чувство не поддается контролю, это ярость, стыд или отчаяние. Аффективные защиты сокрушены и не могут служить для контейнирования чувств.
2. Аффект исчезает, а смутное, но невыносимое напряжение остается. Это может быть тоска, неистовое стремление к возбуждению и облегчению. В результате интегративной дисфункции, возрастает зависимость от экстернализации (т.е., наркотиков, возбуждения для самоутешения). Возникает расщепление между наблюдением и действием. Более беспокоящие чувства подавляются, отрицаются и отчуждаются. Индивид не может оценивать и интерпретировать то, что он переживал и воспринимал.
3. Такое развитие ведет к желанию действовать, к поиску внешнего конкретного разрешения отрицаемого внутреннего конфликта. Агрессия, возбуждение и наркотики (внешние объекты) действуют так, что индивид может направить свой аффект наружу, подальше от внутреннего дискомфорта.
4. С агрессией можно теперь иметь дело путем экстернализации. Однако, она обычно направлена против себя (стыд, уни-

жение), так же, как и против других (нарушение социальных норм и границ). Утверждение силы путем экстернализации требует использования архаических форм агрессии.

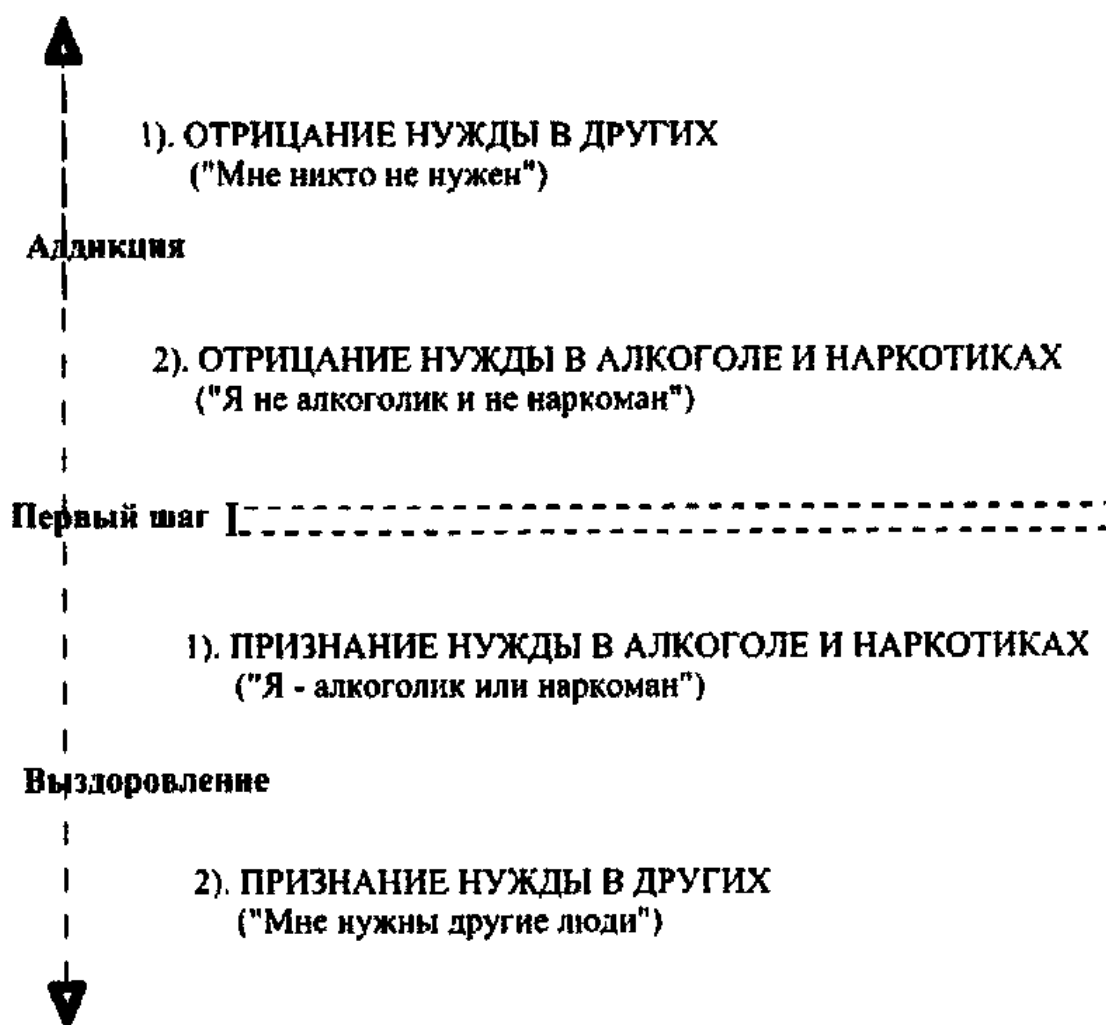
5. Происходит расщепление суперэго. Как пишет Вермсер (1978), «Тонущий человек обычно не сильно озабочен вопросами интеграции». Надежность и честность совершенно не важны, когда затопляет отчаяние. Если обязательства перед другими и признаются, им не придается особого значения.
6. Конечная точка — совершенное удовольствие и удовлетворение. Острый нарциссический кризис временно разрешен, и потребность в восстановлении этого блаженного состояния порождает преувеличенно требовательную, нереалистическую установку по отношению к людям, что предрасполагает к сильному разочарованию и, таким образом, к повышенной нарциссической уязвимости. Цикл завершен, и они возвращаются в начальную точку того, что Вермсер называл «порочным кругом». Пациенты опять там, откуда начинали, с еще меньшим уровнем самооценки и повысившейся уязвимостью.

Межличностные отношения

Пока злоупотребляющие химическими веществами не смогут формировать взаимно удовлетворяющие отношения с другими, они будут оставаться уязвимыми для аддикции. Существует обратная зависимость между способностью индивида к формированию здоровых равноправных интимных отношений с другими и его тенденцией обращаться к наркотикам, алкоголю, сексу, еде, возбуждению, работе и многим другим формам компульсивного отвлечения как к заместительным предметам этой потребности. Как многократно указывали теоретики объектных отношений и психологии самости, мы с рождения являемся животными, ищущими объект. У нас есть врожденное влечение к поиску близкого человеческого контакта. В той степени, в которой мы лишены его или неспособны выполнить эту задачу, мы эмоционально нездоровы, или наш психологический склад дефицитарен. Много цитируемая и часто встречающаяся наклейка на бампер с надписью «Объятия, а не наркотики» гораздо точнее, чем мы порой осознаем. Это не значит, что можно с помощью любви сделать человека здоровым; такие желания и фантазии нереалистичны и являются движущей силой созависимости. Скорее, можно сказать, что от-

рицание потребности в других — это также отрицание своей человеческой природы. Это часто приводит нас к заменителям (наркотики, алкоголь, секс, еда) человеческой близости, тепла и заботы. Эрнест Курц (Ernest Kurtz, 1979) считает взаимность АА — один алкоголик нуждается в другом и помогает ему — краеугольным камнем процесса выздоровления и главной причиной успешности двенадцатишаговой программы. Изоляция Я от остального человечества — это следствие стыда и движущая сила аддикции, поскольку употребление химикатов усиливает отрицание, подпитывает грандиозные защиты и сохраняет эту изоляцию. Выздоровление разворачивает процесс в обратном направлении, требуя от индивида честно признаться, что он нуждается в химикатах («Я — алкоголик») для выживания, и что единственная надежда на выживание в дальнейшем — это признание, что он также нуждается и в других. Рис. 6.9 иллюстрирует данный процесс так, как он описан у Курца.

Рис. 6.9



Отрицание потребности в других («Мне никто не нужен») ведет к подмене алкоголем или наркотиком человеческой близости и интимности. По мере того, как зависимость и аддикция укрепляются, отрицание зависимости становится все заметнее («Я не алкоголик, я могу бросить в любой момент, когда захочу»). Удар об дно и проламывание отрицания разворачивает данный процесс («Я — алкоголик, у меня есть потребность пить, и я не могу ее контролировать»). В конце концов, выздоровление требует признания и принятия того, что изначально отрицалось («Мне нужны другие люди в моей жизни»), и это формирует базис для других одиннадцати шагов двенадцатишаговой программы.

С этой точки зрения, первый шаг — ничто иное, как прорыв через отрицание потребности и признание своей порочности. Быть человеком — значит быть порочным и несовершенным. С точки зрения Курца, это основа первородного греха. Пытаться отрицать свое несовершенство — значит, быть грандиозным. Ожидать, что ты сможешь быть таким, каким может быть только Бог — это идолопоклонство. Грандиозностью движет стыд. Это признание, что мы наги и грешны. Мы отведали запретного плода с Древа Познания. Стыд не может быть разрешен только принятием своей порочности; это требует также принятия другим человеком, который тоже порочен. Третий шаг АА требует, чтобы человек произвел «бесстрашную моральную инвентаризацию» себя таким, какой он есть. Это подразумевает честную оценку, без уверток и самообмана, сделанную в холодной и жестокой реальности взаимной откровенности. Ничто не должно остаться скрытым. Чтобы оставаться трезвым и чистым, нужно признать свое несовершенство и свою потребность в других. Принимая это в себе, они будут, в свою очередь, нуждаться в том, чтобы чувствовать это от других и к другим. Потребность в других и равноправная взаимность обеспечивают фундамент для продолжительного выздоровления и душевного здоровья. Способы достижения этого результата через АА будут изложены в Главе 7, а то, как это может происходить в группе — во всей остальной части книги.

Глава 7.

Групповая психотерапия, АА и Двенадцатишаговые программы

Несмотря на широкое применение и огромную популярность абстинентного двенадцатишагового подхода к лечению аддикций, эта модель по-прежнему до удивительной степени игнорируется многими исследователями, или даже подвергается клевете. В последнем всеобъемлющем обзоре литературы по лечению аддикций двенадцатишаговая абстинентная модель (или подход АА, основанный на концепции болезни) была названа наиболее широко используемой формой лечения аддикций в нашей стране (Miller, 1995). Этот факт сопоставлен с другим удивительным открытием: несмотря на широкую популярность этого подхода, двенадцатишаговая абстинентная модель была исключена (по большей части произвольно) из большинства предшествующих обзоров. Пытаясь объяснить это исключение, Миллер предполагает, что причиной может быть то, что на этом подходе основано мало научных работ, или что существуют методологические трудности (отсутствие адекватных контрольных групп, пристрастность и т.д.), которые приводят к тому, что результаты выглядят ненаучно. Разумеется, требование АА об анонимности своих членов по очевидным этическим причинам затрудняет научное исследование. Алкоголик также не может быть вырван из среды АА для соблюдения научной строгости. Однако, Миллер задается вопросом, не может ли исключение из обзоров исследований быть следствием идеологических расхождений между учеными и двенадцатишаговыми сообществами. Он подозревает, что «защита духовной формы лечения вносит свой вклад в недостаточную научную привлекательность и в неприятие медицинским сообществом» (1995).

Далее Миллер заключает, что это выглядит удивительным в свете недавнего национального исследования Романом (Roman, 1989) стационарных центров по лечению алкоголизма и наркомании. Данная работа обнаружила чрезвычайную зависимость от двенадцатишаговых лечебных подходов, основанных на абстинен-

ции. В исследовании участвовало 125 лечебных центров — частных, при госпиталях и отдельных. Роман так выбрал регионы для исследования, чтобы выборка примерно репрезентировала состав лечебных программ по всей стране. Ответы давали администраторы, директора программ, клинические супервизоры, маркетинговый персонал и другие работники (консультанты, нянечки и т.д.).

В сравнении с непропорционально большим количеством профессиональных исследований неабстинентных подходов к лечению аддикций, результаты Романа были открытием. Девяносто семь процентов администраторов программ говорили, что их идеология лечения испытывает сильное влияние концепции алкоголизма как болезни. Большинство (95%) администраторов заявили, что их программы основаны на двенадцатишаговой программе АА. К тому же, 90% были уверены, что цель лечения, отличная от абстиненции, неприемлема ни для одного алкоголика или наркомана из их программ. Миллер (1995), цитируя данные Харрисона, Хоффмана и Снида (Harrison, Hoffman & Sneed, 1991), пишет:

«В оценочном исследовании эффективности метода лечения, основанного на абстиненции, была использована выборка из 8087 стационарных и 1663 амбулаторных пациентов. Через год был возобновлен контакт с 70% (4166 стационарных и 898 амбулаторных пациентов). Результаты показали, что степень сохранения абстиненции сильнейшим образом зависит от продолжающейся помощи и регулярного посещения встреч Анонимных Алкоголиков после выписки» (стр. 8).

Открытия, сделанные в литобзоре Миллера, убеждают в том, что любая серьезная попытка группового лечения алкоголиков и аддиктов требует основательного знакомства с двенадцатишаговыми программами. Ведущему группы необходимо не только говорить на одном языке с участниками, но и представлять себе аддикцию с точки зрения последних. Основательное понимание философских и прагматических аспектов программы может дать и множество других преимуществ — будет способствовать авторитету терапевта, а также позволит замечать, когда принципы двенадцатишаговой программы используются в качестве защиты. Достижение такого понимания возможно только в том случае, если эволюция двенадцатишагового движения помещается в соответствующий исторический контекст. Чтобы понять эти программы,

абстиненцию, концепцию болезни и их отношение к экзистенциализму, стыду и психологии самости, требуется скрупулезное изучение общества Анонимных Алкоголиков.

Заблуждения по поводу Анонимных Алкоголиков

Как считают многие профессионалы, Анонимные Алкоголики — это осаждаемая и неверно понимаемая организация, зачастую становящаяся объектом клеветы. Огромное количество критиков АА, которые пишут о ней в пренебрежительном тоне, не утруждают себя посещением встреч АА или глубоким знанием их работ, а знакомятся с ними мимоходом, на поверхностном и исключительно аналитическом уровне. Они не могут вникнуть в тонкости программы АА и часто ошибочно приписывают организации некие качества и характеристики. Их сведения односторонни, недостоверны, а порой находятся на грани клеветы. Есть те, кто называет АА культом, религией или идеологией — ненаучной, неэмпирической и тоталитарной (напр., Jones, 1970; Tournier, 1979; Marlatt, 1983). По их словам, членов АА вынуждают к регрессивной зависимости, которая способствует их рабскому послушанию и капитуляции перед высшей силой. Ничто не может быть дальше от истины. Такая позиция полностью противоположна АА. К счастью, есть много профессионалов, чей взгляд на АА гораздо шире (например, Kurtz, 1982; Bateson, 1971; Barrett, 1985; Thune, 1977; Freimuth, 1994; Sollod, 1993; S. Brown, 1982).

До недавнего времени отношения между профессионалами и группами самопомощи типа АА были большей частью отношениями взаимного неуважения и недоверия, а возможность конструктивного взаимодействия оставалась почти без внимания. По меньшей мере частично эта поляризация порождена тем фактом, что члены АА, прежде чем найти принятие, помощь и конструктивное изменение в результате присоединения к программе, безуспешно искали помощи у профессионалов. Многие из последних, с другой стороны, находили, что попытки работать с алкоголиками традиционными методами оказываются фрустрирующими и безуспешными. И те, и другие были равно неудовлетворены своим взаимодействием. Члены АА считали профессионалов некомпетентными, равнодушными и отстраненными. А профессионалы алкоголиков — немотивированными, склонными к манипуляциям и неизлечимыми.

Однако, в последнее десятилетие некоторые разработки сблизили профессионалов и преданных членов АА. Общим предположением было то, что группы равных или самопомощи всегда ближе к «корням», чем профессиональные источники. Однако, как заметили Либерман и Борман (Lieberman, Borman, 1979), фактически именно признанные профессионалы способствовали формированию групп самопомощи и поощряли некоторые из них. Это верно и для Анонимных Алкоголиков, что можно увидеть, уделив время изучению исторических корней их двенадцатишаговой программы. Главный архитектор Анонимных Алкоголиков Билл Уилсон внимательно прочел классический текст Уильяма Джеймса «Разнообразие религиозного опыта» (1902). Философская позиция Джеймса — прагматизм — пронизывает программу выздоровления АА. Уилсон активно переписывался и с Карлом Юнгом, влияние которого ясно видно в духовном акценте программы. Курц (1982) также отмечает, что существуют «глубокие параллели между инсайтами АА и духом экзистенциальной философии» (стр. 38-39). Философские и теоретические корни АА расходятся вглубь и вширь. Источники, повлиявшие на АА, будут более детально рассматриваться далее в этой главе. Важно понимать, почему бесчисленные профессионалы продолжают так сильно заблуждаться относительно АА, в то время как единственная цель этой организации — помогать страдающим алкоголикам и воздерживаться от каких-либо дискуссий (Пятая и десятая традиции).

В то время как многие преданные профессионалы осознают (или скоро начинают осознавать) важность понимания и совместной работы с группами самопомощи, существуют и бесчисленные другие, у которых мало желаний и мотивации для того, чтобы понять АА, а тем более поучиться у них. Либерман и Борман (1979) указывают на то, что у профессионалов, наиболее тесно работающих с группами самопомощи, есть нечто общее, а именно разочарование в доминирующих ортодоксиях области своей специализации — лечения аддикций. Таким образом, те, кто подолгу работает с алкоголиками и наркоманами, понимают, что более традиционные, ортодоксальные методы лечения недостаточно эффективны. Поэтому первый «тренинг», который заставляет профессионала заинтересоваться группами самопомощи типа АА — это уход от предписанных ему профессией идеологических рамок. Короче говоря, профессионалы ищут лучшие способы помочь алкоголикам

в ограниченных рамках ума, в то время как алкоголики стараются отыскать метод помощи самим себе.

Многие профессионалы также должны были искать в АА лучшей помощи для себя, потому что их собственные профессиональные методы во многих случаях не срабатывали. Многие врачи, психиатры и психологи являются членами и преданными сторонниками АА по той причине, что только АА имело успех в лечении их собственных аддикций. Как пишет Курц (1982), «Пришло время принять Анонимных Алкоголиков всерьез» (стр. 30). Однако, преимущества АА не ограничиваются только терапевтическим успехом и социальной значимостью; его следует ценить и за уникальный интеллектуальный вклад. АА не имеет того уважения интеллектуалов, которого заслуживает, по множеству причин. Курц считает, что этот недостаток признания связан с отвержением нашей культурой любой экзистенциальной философии, которая подчеркивает ограничения и персональную ответственность:

«АА обычно не выглядит интеллектуально респектабельным, поскольку его основополагающее настояние на основных ограничениях и на предпочтении взаимности перед объективностью делает его контрпросветительским феноменом, противным центральному допущению самозванной «современности»» (1982, стр. 38).

Тьюн (Thune, 1977) выражает сходные соображения, но считает, что заблуждения по поводу АА объясняются непозитивистским, квазивозрожденческим и трансценденталистским акцентом программы.

«Нет ничего страшного в том, что терапевтическая программа Анонимных Алкоголиков бросает вызов конвенциональным медицинским, психологическим и социологическим концепциям причинной обусловленности, и что она игнорирует открытия специалистов в этих областях. Ее корни в меньшей степени находятся в науках, чем в непозитивистских, квазивозрожденческих, трансцендентальных усилиях Оксфордских Групп². Попытки понять программу АА в рамках аналитической или позитивистской модели затемняют ее уникальность» (стр. 75).

² протестантское евангелическое общество, позднее названное «Моральным перевооружением», членами которого были Уильям Уилсон («Билл У.») и Роберт Смит («Доктор Боб»).

Курц (1979) и Тьюн (1977) обращаются к этой критически важной проблеме в попытке объяснить, почему многие профессионалы по-прежнему убеждены в невозможности интеграции психотерапии и двенадцатишаговых программ, взгляды и ценности которых до такой степени расходятся (Humphreys, 1993). Соллод (Sollod, 1993) оспаривает взгляд, согласно которому ценности, типично ассоциируемые с членами двенадцатишаговых программ, и те, которые обычно поддерживаются профессионалами, являются примерами «несмешиваемых субстанций». Фреймут (Freimuth, 1994) также не соглашается с этим: «например, шестьдесят процентов членов АА искали какой-либо формы психологического лечения» (стр. 551). Схожесть ценностей того, что Бергин (Bergin, 1981) называет «научным материализмом» и «теистическим реализмом» — лишь один пример терапевтического психологического подхода, признающего, что между ценностями АА и более научно ориентированных психотерапевтов не должно быть непреодолимой пропасти. Профессионалы, которые хотят эффективно работать с алкоголиками и наркоманами, должны преодолеть этот разрыв, и единственный способ сделать это — основательно изучить собственные ценности и предубеждения.

Ценности, наука и АА

Пересмотр ценностей в науке — не новость. Собственные идиосинкратические переживания ученого могут исказить самые объективные объяснения и наблюдения. Кун (Kuhn, 1962), к примеру, пишет, что, хотя ученые могут разделять многие ценности, они часто будут по-разному их применять. Обычно суждение о точных фактах стабильно. Однако, суждения о простоте, последовательности, правдоподобии и т.д. часто сильно различаются от человека к человеку. Короче говоря, хотя ценности широко разделяются учеными, и хотя преданность им глубоко присуща науке, применение ценностей иногда заметным образом зависит от особенностей личности и истории, которые и определяют способ применения и интерпретации этих ценностей.

Рассудок против знания

Путаница в вопросе, свободен ли научный подход от ценностей — постоянная проблема философии науки. Франк (Frank, 1961) кратко отметил, что исследователи настаивают на изучении цен-

ностно-нагруженного поведения скорее в рамках исключительно научных критериев, чем с непосредственным привлечением критериев культуральных. Как убедительно доказал Уайтхед (Whitehead, 1925), лучшим способом выйти за пределы культурно определенных предрассудков по поводу реальности является абстракция. Уайтхед приписывает развитие науки чистой математике, «самому оригинальному творению человеческого духа» (стр. 19).

Как считает Уайтхед, чем абстрактнее, тем лучше — это избавляет нас от всех ожиданий и предубеждений по поводу реальности. Математика — это процесс-посредник между абстрактным и конкретным. Имея дело с чистой математикой, вы находитесь в царстве полной абстракции, и, чтобы достичь истины, очищенной от предрассудков, вам нужно, чтобы абстракция имела дело с объектами во всей полноте их уникальности.

Однако, Уайтхед предупреждает, что неразборчивое применение абстракции — главный порок интеллекта, и что в этом деле необходимо благоразумное использование рассудка. В ответ на высокомерное применение абстракций Уайтхед, подобно Эмерсону, указывает на различие между пониманием и разумом. Ральф Уолдо Эмерсон считал разум высшей формой понимания, поскольку допускал, что интуитивные чувствования «сердцем» и настроения дополняют другие перцептивные аспекты реальности (White, 1972). Важно помнить, что Эмерсон и трансценденталисты имели важное влияние на движение Оксфордских Групп. Одно лишь понимание, как осознали Эмерсон, трансценденталисты и, наконец, Оксфордские группы и АА, неспособно вместить в себя нравственное единство наших отношений с космосом, поскольку базируется на знании, ограниченном нашими пятью органами чувств и, таким образом, представляет нам искаженный образ реальности.

За многие годы до того, как Эмерсон развил свою доктрину нравственного чувства как альтернативного метода достижения знания, Кант (цит. по White, 1972) «решил» эту проблему для трансценденталистов. Он убедительно доказал, что ни наше интеллектуальное понимание, ни рациональный ум в отдельности не могут вести к знанию того, каковы вещи сами по себе (Кант называл это *ноуменами*³), или каковы мы внутри себя, пока наше понимание не сможет проникнуть за пределы области нашего возможного опыта и его ограничений (феноменов). Кант показал, что

3 т.е. «вещь в себе», в противоположность «феномену» (прим. ред.)

время и пространство — не эмпирические понятия, производные от нашего опыта, но нечто “априорное”, налагаемое на наши переживания, чтобы помочь нам “понять смысл” феноменов. Кант демонстрировал, что пространство и время — это не то, что мы воспринимаем; скорее, они отражают то, как мы воспринимаем. Наш разум организует феномены в категории. Вслед за Юмом Кант указывал на то, что видимое нами в качестве причины и следствия — ничто иное, как «постоянная конъюнкция», или привычка. Это, может быть, полезная и необходимая привычка, но, тем не менее, она ведет к тому, что мы видим и воспринимаем то, что нам знакомо. Мы склонны упускать не соответствующее нашим ожиданиям. Знающий ум — не пассивный зритель, а активный агент. Он не просто рисует мир, он его формирует. Из-за способа, которым наш ум структурирует объективный мир, мы подвержены тем же принципам причинности. Ноуменальный мир реальности никогда не может быть полностью понят только рациональным умом. Для преодоления этого затруднения Кант обратился к практическому разуму, или трансцендентальным способам познания, чтобы помочь объяснить сверхчувственный мир ноуменов, состоящий из сущностей, находящихся вне времени и пространства и, таким образом, не подверженных действию причинности или двойственности. Целью Канта было определить область и пределы рационального. В конце концов, он апеллировал к нравственному чувству, или сердцу, как к другому способу познания. Как он написал позже, «Я должен был ограничить разум, чтобы освободить место вере».

Осборн и Болдуин (Osborne, Baldwin, 1982) выражают сходные соображения, когда призывают психотерапевтов исследовать ограничения своего восприятия реальности во время работы с пациентами. Они утверждают, что большей частью психотерапия заключается в переходе от одной иллюзии к другой, и что высокомерие или уверенность терапевтов в том, что их интерпретация реальности — единственно верная реальность, порождают множество неожиданных трудностей не только для их пациентов, но и для них самих. Как предупреждал Якоб Броновски (Jacob Bronowski, 1973), «Когда люди верят, что обладают абсолютным знанием, не тестируя реальность ... тогда они стремятся к божественному знанию». Никогда не следует путать знание с уверенностью. Это заблуждение может иметь катастрофические последствия. Вацлавик (Watzlawick, 1978) также согласен, что самое опасное заблуждение

— это «уверенность в том, что собственный взгляд на реальность — единственная реальность» (стр. xiii). В самом деле, как утверждают Осборн и Болдуин, многие профессиональные психотерапевты, возможно, попадали со своими пациентами в «отыгрывание иллюзии, которая гораздо шире, чем проблема клиента» (стр. 266). Это очень важно, поскольку, хотя многие профессионалы могут легко критиковать идеологическую базу АА, они не способны с той же критической скрупулезностью исследовать собственные перцептивные предрассудки. Тесно связана с этим процессом и неспособность осознать, что конвенциональное различие между фактами и ценностями может быть лишь еще одной иллюзией, отражающей «псевдо-объективность, базирующуюся на интересубъективности» (стр. 267). Или, как утверждает Биксенштейн (Bixenstine, 1956), факты не могут быть отделены от ценностей, но в действительности составляют их особый класс.

Самообман не ограничивается только алкоголиками и наркоманами в состоянии отрицания. Он присутствует также в любом человеке, обуреваемом высокомерной уверенностью и гордостью, которые мешают его разуму исследовать свои ограничения. Разум без смирения становится самообманом. Развитие Зигмундом Фрейдом психоаналитического метода (1910) было первоначально нацелено на помощь в достижении большего самоосознания и честности перед самим собой. Фрейд ясно понимал, что мы склонны обманывать себя, и что наш рациональный ум со всеми выработанными им защитами — главное препятствие, которое надо преодолеть в этом процессе. Вслед за Сократом Фрейд призывал «познать себя». Психоанализ был построен на фундаменте, заложенном задолго до этого древнегреческой максимой: «Ты познаешь истину, и истина сделает тебя свободным». Ханс Страпп (Hans Strupp, 1972) резюмировал это так:

“В отличие от многих людей до него, Фрейд идентифицировал самообман как всепроникающую и универсальную человеческую характеристику. Проникновение в наши бессознательные мотивации посредством психоанализа означало дорогу к некоему виду господства и контроля, который имел в виду Фрейд” (стр. 40).

К несчастью, главным предметом веры Фрейда стал хрупкий человеческий интеллект, который должен служить единственным

надежным проводником в этом раскрытии правды. Увы, как указывает Страпп, интеллект рационального мышления может быть такой же иллюзией, какой Фрейд считал религию. К сожалению, Фрейд шел путем, проложенным до него философами, которые верили в то, что человеческий разум способен раскрыть секреты мироздания и, таким образом, предложить человечеству конечную истину. Но, как и предупреждал Шестов (1932), эти философы достигли успеха только в том, что приковали человечество к власти *Ананке* (рассудка), который они рабски почитают божеством:

“Разум действует без заповедей, люди любят его от всей души. Теория познания просто поет хвалы разуму, никто не имеет дерзости усомниться в нем, и еще меньше тех, кто осмелится сомневаться в верховенстве его власти” (стр. 33).

Наука против религии

Бергин (1981) первым заявил, что наука потеряла свой былой авторитет доминирующего источника истины. “Это изменение отражается и стимулируется анализом, который обнаруживает, что наука должна быть интуитивной и основанной на ценностях культурной формой” (стр. 95). Бергин полагает, что наука, в которой доминирует механистическое мышление и этический натурализм, доказала свою недостаточность, и необходимо нечто большее. Это особенно актуально перед лицом духовных и социальных провалов многих религиозных систем, за которыми последовали и провалы нерелигиозных подходов. Бергин, как и Бакан (Bakan, 1972), противопоставляет преклонению перед научным методом вместо Бога и осуждает представления о научном «методологизме». Ницше говорит о том же, описывая озабоченность Западной культуры научным методом в качестве примера религиозного идолопоклонства, которое принимает форму «заискивания перед фактами». Малколм Маггеридж (Malcolm Muggeridge, 1980) предостерегает против сухой аккумуляции знания, говоря: «Накопление знания есть форма алчности, и представляет собой другую версию истории Мидаса. Это время человека, столь алчущего знания, что все, к чему он прикасается, обращается в факты; его вера становится теологией; его любовь становится развратом; его мудрость становится наукой; гоняясь за смыслом, он игнорирует истину». Поиск знания без понимания его отношения к истине, по Маггериджу, не только бесполезен, но и вреден. Он — не противник знания или науки, но уве-

рен, что их «нужно использовать так, чтобы они служили Божьему промыслу». Под этим он подразумевает, что знание, применяемое без связи с духовным и эмоциональным — сущая абстракция, отчуждающая нас от аутентичности собственных переживаний.

Различия между религиозными и научными критериями могут быть очень тонкими. Франк (1972), например, провел остроумное сравнение католической религии и своей дисциплины, психологии, которую он называет Религией Душевного Здоровья.

«Движение Душевного Здоровья в некоторых отношениях напоминает организованные религии. Наука — его теология, из которой следуют ритуалы, подобные этой конференции. Здесь представители духовенства читают бумаги своим коллегам, которые стараются поддерживать атмосферу уважительного внимания. Как приверженец этой религии, я бы хотел указать на то, что, как и все религии, она ведет свою паству к игнорированию феноменов, которые не вписываются в ее космологию» (стр. 242-243).

Уайтхед настаивает на том, что наука принимает этот вызов и расширяет свою парадигму, чтобы включить туда интуицию и эмоции. Тем самым он выступает против научного Логоса и бесчеловечной установки современной науки — менталитета, который сводит природу к «тоскливому делу, беззвучному, без запаха, без цвета; только гонящемуся за материалом, бесконечно и бессмысленно» (Brown, 1959, стр. 316). Таким образом, современная наука подтверждает афоризм Ференци: «Чистый разум — продукт умирания, или, по меньшей мере, превращения в душевно бесчувственное существо, и поэтому принципиально это — безумие» (Brown, 1959, стр. 317). Уайтхед соглашается с этим:

«Требуется понимание бесконечного разнообразия живых ценностей, выработанных организмом в подходящем ему окружении. Когда вы понимаете все о солнце, и все об атмосфере, и все о вращении земли, вы все же можете пропустить сияние заката. Ничто не может заменить прямое восприятие чего-то конкретного, достижение его во всей его актуальности» (стр. 199).

Тем самым Уайтхед предлагает видеть в конкретном выход из лабиринта абстрактного мышления. В отличие от Эмерсона и

трансцендентальных верований, оказавших влияние на АА, он не апеллирует к чувству как высшей форме знания. Однако, он предполагает необходимость развития и более всеобъемлющего признания наших отношений с космосом — отношений, в которых конкретное не путается с абстрактным, и которые достигают большего, чем может предложить наш слабый интеллект.

Таким образом, Уайтхед критикует не сам по себе научный метод, а скорее «заблуждение потерянной конкретности». Он предупреждает об опасности потери себя в абстрактном идеализме собственного мышления. Мы путаем абстрактное с конкретным, а потом принимаем первое за реальность. «Научный материализм» «грубого факта» не может быть применен к самой реальности, поскольку внешние объекты существуют не в смысле «простого местонахождения» (вон там), но скорее в отношении. «Научное исследование», как предупреждает Уайтхед, «не может говорить о сущности без ссылки на отношение к мирозданию как целому, и на его отношение к сущности» (стр. 39). Он признает, что, хотя наука сейчас заявляет, что не нуждается в философии, фактически она находится под греческим влиянием, признает она это или нет. «Живая наука невозможна», рассуждает Уайтхед, «и не может существовать, если только нет веры в природный порядок» (1925, стр. 39).

Философия науки и пределы рациональности

Американская философия характеризуется, в частности, своей реакцией на вызов современной науки и научного метода. Как показывает Мортон Уайт (Morton White, 1972), американскую философскую мысль пронизывает сильнейшая дуалистическая тенденция. Этот дуализм проявился как реакция нравственного чувства на заявления науки о том, что знание определяется опытом или ограничивается аналитическим умом. Ральф Уолдо Эмерсон, Джонатан Эдвардс, Уильям Джеймс и Чарлз Пирс провозглашали, что обращение к некоей форме эмоций, чувства или страсти есть метод установления знания, фундаментально отличного от того, которое ассоциируется с научным методом. Как писал Джеймс, «наука может сказать нам, что нечто существует; но чтобы подвергнуть сравнению стоимость (worth), которая одновременно и существует, и не существует, мы должны обратиться не к науке, а к тому, что Паскаль называл нашим сердцем» (цит. по White, 1972, стр. 192).

Физики, в частности, проиллюстрировали далеко идущие выводы, возможные в случае, когда наука в своих исследованиях способна объединиться с нравственным чувством. «Концептуальные тайны», как показал Броновски, «разрешаются в квантовой физике математическими формулами только после того, как сначала разрешились как душевные тайны ... и требуют не вычисления, но инсайта, воображения — если хотите, метафизики» (Bronowski, 1973, стр. 363). Макс Борн поддержал эту позицию, признавшись: «Сейчас я убежден, что теоретическая физика в действительности является философией» (цит. по Bronowski, 1973, стр. 364). Он имел в виду то, что новые идеи в физике приводят к другому взгляду на реальность. Мир не является фиксированным, твердым массивом объектов, поскольку он не может быть полностью отделен от нашего восприятия. Он меняется под нашим пристальным взглядом, он взаимодействует с нами, и знание, которое он несет, должно быть нами истолковано.

Пытаясь различить кажимость и реальность, обнажить фундаментальную структуру мироздания, наука должна быть переводчиком для «толпы чувств». Величие ее здания, как указывал Эйнштейн, «было куплено ценой пустоты содержания» (по Barnett, 1948, стр. 113).

Таким образом, ученые постепенно были вынуждены покинуть обычный мир нашего опыта, мир чувственных восприятий. По контрасту с величественным зданием, построенным Джоном Локком и рационалистами, давая определение знанию, ученые пришли к блестящему заключению: пока качества существуют только в уме, вся объективная вселенная материи и энергии, атомов и звезд, не существует иначе, как в виде конструкции сознания — совокупности конвенциональных символов, сформированных человеческими органами чувств. Как пишет Барнетт,

«Как ни парадоксально, то, что ученый и философ называли миром кажущегося — мир света и цвета, созданный физиологией человеческих органов чувств — это мир, в котором ограниченный человек заключен своей природной сущностью. А то, что ученый называл миром реальности — бесцветный, беззвучный, неосязаемый космос, лежащий, как айсберг, под поверхностью человеческого восприятия — это скелетная структура символов» (Barnett, 1948, стр. 137).

Во время своего краткого пребывания на земле люди эгоцентрически упорядочивают в уме события в соответствии с собственным ощущением прошлого, настоящего и будущего. Но за пределами нашего сознания вселенная, объективный мир реальности не “случается”; он просто существует. Он может быть охвачен в своей целостности и величии только космическим интеллектом. В то время как наука ничего не говорит нам о подлинной “природе” вещей, она, тем не менее, успешно определяет их отношения и изображает события, в которых они задействованы. “Событие”, как заявляет Уайтхед — это “единица реальности вещей” (1933, стр. 198). Здесь он имеет в виду то, что, как бы ни менялись теоретические системы, и как бы ни были пусты и бессодержательны символы и понятия, сущностные и прочные факты жизни — это случаи, деятельность, события. Например, принцип неопределенности говорит о том, что мы не можем предсказать действительное столкновение электронов. В этом смысле электроны не “реальны”, а являются всего лишь теоретическими символами. С другой стороны, сама встреча “реальна” — событие “реально”. Это как если бы истинно объективный мир всегда лежал полускрытым под прозрачным пластиковым куполом нашего сознания, и не мог быть охвачен нашими чувствами, а мог быть только пережит в опыте бытия.

Принцип неопределенности утверждает, что с помощью любых принципов, ныне известных науке, невозможно определить одновременно и положение, и скорость электрона. Поскольку самим актом наблюдения его местоположения изменяется его скорость, и наоборот, чем точнее определяется скорость, тем более неопределенной становится позиция. Квантовая физика, таким образом, потрясает два столпа старой науки — причинность и детерминизм. Своим допущением пределов неопределенности она опрокидывает давнюю надежду на то, что наука, взяв настоящее положение и скорость каждого материального тела во Вселенной, сможет предсказать ее историю на все времена. Один побочный продукт этой капитуляции — новый аргумент в пользу существования свободы воли. Если физические события не детерминированы, а будущее непредсказуемо, то, возможно, некоторое количество того, что называют “разумом”, может управлять судьбой человечества среди бесконечных неопределенностей капризного мироздания.

Здесь Принцип Неопределенности Вернера Гейзенберга поражает нас своей великой простотой. Броновски провозглашает его

“глубочайшей идеей, одной из величайших научных идей, не только в двадцатом веке, но и в истории науки вообще” (Bronowski, 1973, стр. 365). В каком-то смысле, это прочный принцип на каждый день. Существует такой факт: люди не могут наблюдать природу объективно, но неизбежно принимают участие в наблюдаемом процессе. Принцип Гейзенберга, утверждающий, что не может быть физики без наблюдателя, кажется все более и более первичным физическим законом. Ответы на загадки человеческого состояния, кажется, находятся там, где наука и религия, рациональное и интуитивное, разум и сердце — все начинает смешиваться и все идет в зачет.

Пределы рационального мышления и науки

Диалектический баланс между определенностью знания с одной стороны и неопределенностью существования, как оно прожито, с другой, был не только дилеммой, стоящей перед социологами и философами в начале 20 века. Он также был живым опытом каждого алкоголика после краха 1929 года и Великой Депрессии 30-х. В этой атмосфере накопления знаний, когда научные методы обещали, кажется, бесконечные возможности господства, контроля и понимания мира, существовал актуальный опыт страха, сомнений, ужаса и неопределенности. Крушение иллюзий периода пост-просвещения отражало тот факт, что общество приходит к осознанию реальности: обещания науки и рациональности не просто ограничены, но обманчивы. Это также отражало и дилемму людей, старавшихся разрешить собственные личностные конфликты — между разумом и тем, что они чувствовали сердцем на реальном, эмоциональном уровне. Из этой эмоциональной и интеллектуальной атмосферы возникли экзистенциализм, психоанализ и, наконец, Анонимные Алкоголики. Обширный и объемный анализ социального, культурного и интеллектуального климата, который породил взаимосвязь АА, современной психологии и экзистенциальной философии, дан Эрнестом Курцем (1979).

Описывая парадокс большего, становящегося меньшим, и то, как конфронтация между высокомерием и ограниченностью разыгрывалась на социальном уровне — в экзистенциальной философии, и на персональном уровне — в каждом практикующем алкоголике, Курц пишет:

«Американская история двадцатого века — это история четырех парадоксов современности, которые все нарастают, противоречий, обуревавших первых американцев, а теперь и всех нынешних. Самый триумф рационализации и контроля, кажется, открывает только конечную невозможность любой окончательной рационализации и контроля. Жажда и поиск большей рациональности и большего контроля усиливается, хотя каждый следующий успех кажется все более пустым. Фундаментальное стремление современности, самая ее *идентичность*, с точки зрения самой современности, открывает свою врожденную аддиктивность; Это постоянное стремление ко все большему, которое удовлетворяет все меньше» (1979, стр. 171).

Курц считает, что дилемма, встающая перед экзистенциалистами — это предвидение дилеммы, с которой вынужден столкнуться каждый алкоголик. Экзистенциальные писатели, особенно Сартр и Хайдеггер, говорили о правде человеческого существования (которую Хайдеггер назвал *Дазайн*) как о чем-то, что было потеряно. Диалектический идеализм Гегеля и картезианское познание, с их тщетным поиском абсолютной объективности и чрезмерным акцентом на разуме и вещи в ущерб чувству и бытию, были финальным клином, который отколол людей от самих себя. Возражая и Гегелю, и Декарту, Сёрен Кьеркегор перевернул знаменитое кредо Декарта «Я мыслю, следовательно, существую» с ног на голову — «Я существую, следовательно, мыслю». Для Кьеркегора, как и для большинства других экзистенциалистов, бытие всегда предшествует мышлению. Наше чрезмерное вложение в мышление происходит за счет потери бытия в гармонии с самим собой. Экзистенциалисты, в противоположность растущей тенденции остальной Западной философии и логических позитивистов, сосредоточились на преимуществах неопределенности. Экзистенциальные писатели придерживались мнения, что мы ничего не знаем наверняка, за исключением, как ни парадоксально, того, что мы не знаем. Мартин Бубер писал о том же: знание (knowledge) всегда становится бременем, или приходит ценой знания-как-действия (knowing). Этим он хотел сказать, что, в отличие от прочих живых тварей, которые безусловно являются тем, что они есть, и, таким образом, их не беспокоит необходимость найти смысл своей жиз-

ни, мы обречены знать, что мы не знаем, и что мы никогда не узнаем. Несмотря на это, как говорил Хайдеггер, мы должны всегда продолжать задавать трудные вопросы — зная, что никогда не получим полного и исчерпывающего ответа.

Аддикция, с этой точки зрения, подразумевает насильственную конфронтацию между нашей иллюзией неограниченного знания, власти и контроля, и мукой, тревогой, страхом и ужасом, которые приходят с признанием того, что мы не знаем, и того, что мы ограничены и смертны. Курц, обращаясь к этой проблеме, утверждал, что восприятие аддиктивной болезни как метафоры человеческого состояния вполне законно. Проводя параллели между АА и классической позицией Евангелистов, Курц (1979) писал: «Этот древний инсайт убеждает в том, что человечество существует в ограниченном состоянии бытия, и что трансценденция этой ограниченности требует, во-первых, ее принятия, а затем заключения о том, что спасение от нее приходит извне индивидуального Я» (стр. 202). Курц утверждает, что аддикция — процесс, отражающий состояние, также являющееся метафорой затруднительного положения человека. Каждый раз, когда мы чрезмерно полагаемся на внешние источники удовлетворения (или подтверждения), как на средства, устанавливающие нашу ценность, дающие нам смысл или обеспечивающие нам счастье и удовольствие, не заработанное правильными действиями и отношениями, мы тем самым пытаемся контролировать то, что нашему контролю не подвластно. Аддикция — это следствие нашей чрезмерной заносчивости, стремления к контролю и требований неограниченного удовлетворения. Использование наркотиков и алкоголя для поддержания высокомерного контроля и иллюзии ненуждаемости в других ускоряет неизбежный процесс. Аддикция конденсирует наш опыт. Она — для толпы поклонников MTV, потому что ускоряет неизбежную конфронтацию между тем, чем мы пытаемся быть, и тем, чем являемся в реальности.

АА называет эту конфронтацию со своими ограничениями «ударом об дно». Другие представители двенадцатишаговых программ иногда говорят о ней как о духовном кризисе. Экзистенциалисты называют это экзистенциальным кризисом. Как и АА, экзистенциалисты понимают, что эта конфронтация должна быть индивидуальной, переживаемой в одиночестве, за пределами традиционных определений и ограничений культурно-одобряемых

институций типа церкви или современной медицины. Неудивительно, что движение самопомощи должно было стать средством, обеспечивающим направление для ее развития.

Движение самопомощи

Свой вклад в движение самопомощи (АА — его самый ранний и известный представитель) внесли несколько факторов. Один из них — американский этнический плюрализм; американцы — объединители, часто ищущие социальной идентичности через групповую аффилиацию (Dumont, 1974). Также имеет значение ограниченность числа доступных профессионалов, могущих предложить помощь. В 30-е годы, когда сформировалось АА, их было еще меньше. Психотерапия была почти исключительно индивидуальной. Терапевты, которые были доступны, продолжали проводить терапию один-на-один и очень мало использовали терапевтический потенциал групп и товарищеского воздействия. Вследствие этого, они терпели неудачу в попытках охватить множество людей — это можно сделать, только работая в основном с группами. Таким образом, профессионалы не отвечали имеющемуся спросу, поскольку их было слишком мало, и они не могли использовать более эффективные и уместные терапевтические стратегии, соответствующие представленным им расстройствам.

Даже если бы запасы профессионалов были достаточными, и эти профессионалы использовали самые эффективные индивидуальные подходы к тем проблемам, с которыми имеют дело группы самопомощи, последние все равно должны процветать по ряду других причин. Две наиболее важные таковы: группы самопомощи недороги или бесплатны, а товарищеское воздействие — очень сильно.

Это особенно верно в случае, когда товарищи имеют ту же проблему. Идентификация, поддержка и разделение общей заботы — мощные целительные силы. До недавнего времени профессионалы не понимали максимизации терапевтической пользы в группе. АА интуитивно дошли до того, из чего Ялом и другие начали извлекать пользу организованным образом. Равные зачастую оказывают большее влияние, чем профессионалы, в продуцировании поведенческого изменения.

Психологическая теория и исследования поддерживают мнение клиницистов о том, что товарищи — источник важного воз-

действия. Равные оказывают огромное влияние на человека в детстве и в подростковом возрасте (Muus, 1968; Patterson, Anderson, 1964). Влияние равных особенно важно для ранней социализации (Hartup, 1970). Фестингер (Festinger, 1954) представил убедительные доказательства того, что люди гораздо больше поддаются влиянию тех, кого они воспринимают как похожих на себя. Гартнер и Риссман (Gartner, Riessman, 1984) соглашались с этим: «Сильнейшее влияние оказывают те, кого субъект считает себе подобным. Например, услышав утверждение давнего члена АА на встрече, что он алкоголик, и видя, что тот очевидно контролирует себя, новый член видит, кем может стать и он» (стр. 21). Эмрик, Лассен и Эдвардс (Emrick, Lassen, Edwards, 1977) выражали сходные соображения: «Понятие «ресоциализация» может лучше всего описать события, происходящие в ориентированных на равных стационарных лечебных центрах для наркоманов, и их механизмы» (стр. 121).

Товарищи воздействуют на людей, а группы равных действуют еще сильнее. Исследования, проведенные Эмриком, Лассеном и Эдвардсом, указывают на роль групп в обеспечении социальной поддержки, социальной идентичности и социальной реальности индивида. Товарищеские группы оказывают еще большее влияние, чем группы, составленные из разных людей. По определению, базис сходства в товарищеских группах больше — объединяет проблема, которая стала причиной присоединения к ней. Общие переживания и установки по отношению к алкоголю и наркотикам приводят к большему межличностному притяжению. Гомогенность группы, как ясно продемонстрировал Ялом, ведет к большей сплоченности. Гомогенность и сплоченность, в свою очередь, ведут к большему воздействию членов группы, так же как к сходству отношений и установок. Добавим к этому факт, что люди лучше и с большей готовностью учатся именно у товарищей, и охотно их копируют, доказательством чего может служить широкое распространение и процветание групп самопомощи типа АА.

Анонимные Алкоголики: исторические корни

Обычно датой рождения АА считают 1935 год, но программа зародилась раньше и началась со своего основателя, Билла Уилсона. Чтобы понять историю АА, вы должны понять Уильяма Гриффита Уилсона. Бездарный, как казалось, алкоголик, дважды ловив-

ший удачу на Уолл-Стрит и терявший ее, Уилсон был чрезвычайно любознательным человеком. Многие годы он пытался контролировать свое пьянство, переживая повторяющиеся провалы. Когда он был уже на грани отчаяния и суицида, перед четвертой и последней госпитализацией в связи с алкоголизмом, к нему пришел его хороший друг. Эбби Т. — безнадежный алкоголик, как и Уилсон. Он был на удивление трезв. Он сказал Уилсону, что обрел спасение от алкоголизма, присоединившись к Оксфордской группе — евангелически-ориентированному движению, воссоздающему религиозные инсайты раннего христианства. Эбби Т. пришел в Оксфордскую группу по рекомендации Роланда Х., своего друга, бывшего пациента известного швейцарского психиатра Карла Юнга. Этот талантливый и богатый молодой человек, перепробовав все известные способы лечения алкоголизма, в 1931 году в отчаянии приехал в Цюрих, чтобы пройти анализ у Юнга. Незадолго до возвращения в США Роланд Х. снова сорвался. Впоследствии он услышал от Юнга, что является «безнадежным с точки зрения медицинского и психиатрического лечения», а надежда на его выздоровление кроется в «глубоком духовном или религиозном опыте — короче говоря, в подлинном обращении.» Однако, он получил предупреждение: «хотя такой опыт и приводил иногда к выздоровлению алкоголиков, он был ... сравнительно редким явлением» (Kurtz, 1979, стр. 8-9). Пересказывая эту историю своему другу Биллу У., Эбби Т. передал и прозрение Юнга. Данное событие приобрело значение для Уилсона и АА лишь несколько позже.

Несмотря на усилия Эбби, Уилсон не смог остаться трезвым. Однако, он поделился полученной информацией со своим врачом, Уильямом Д. Силквортом. Под влиянием этих людей (Юнг, Силкворт, Эбби Т.) начала разворачиваться серия событий, которая в конце концов и послужила основанием программы АА.

В работе «Анонимные Алкоголики созревают» (1957) Уилсон признал важность для АА Уильяма Д. Силкворта: он помог заложить фундамент, на котором базируется концепция алкоголизма как болезни. Не менее важно и то, что именно Силкворт процитировал утверждение Уильяма Джеймса: «трансформирующие духовные переживания почти всегда порождаются бедствиями и крушениями» (James, 1902). В своей книге Уилсон описывает преобразующий опыт, с которым он столкнулся во время лечения приступа депрессии и тревоги, последовавшего за последним за-

поем. Судя по доступным описаниям, он пережил то, что философская и религиозная литература обычно называет мистическим опытом (Buber, 1960; Kaufmann, 1965; Stace, 1966). Записанное Уилсоном обладает многими общими свойствами подобного опыта, типичными и выходящими за пределы исторического контекста и культурных влияний. Как правило, рассказывают о вспышках ослепительно яркого света, за которыми следуют периоды эйфории, ощущения вечности, безмятежности и чувства единства с неким высшим присутствием. Как писал Уилсон, «теперь я обнаружил себя в новом мире сознательного, которое все было залито Присутствием. Я был один на один со Вселенной, и великий покой снизошел на меня» (цит. по Kurtz, 1979, стр. 20).

Уилсона сильно напугало это «духовное переживание». Не предупреждал ли его доктор Силкворт об алкогольном повреждении мозга? Только много позже, на конференции АА в 1955 году, Уилсон доверил это бумаге. Он неохотно рассказывал об этом событии, поскольку обнаружил, что оно скорее вредит его авторитету, чем укрепляет его. Нет ничего, чего он хотел бы избежать больше, чем впечатления об АА как компании пьяниц, протрезвевших по причине обращения к религии.

Когда у него было немного времени, чтобы поразмыслить над своим переживанием, Уилсон начал его всячески тестировать. Дискуссии с другом, доктором Силквортом, убедили его в том, что он не сумасшедший, и что преобразующие переживания иногда посещали «безнадежных алкоголиков», которые после этого менялись и выздоравливали от алкоголизма. Силкворт отослал Уилсона к «Разнообразию религиозного опыта» Уильяма Джеймса. В последующие годы он проработал и другие произведения этого ученого. Самым важным в этом было то, что Уилсон приобрел генерализованный взгляд на преобразующий опыт. Теория Джеймса говорит о том, что духовные переживания имеют определенную объективную реальность и могут полностью трансформировать жизнь человека. Некоторые, но никоим образом не все они, как считал Джеймс, приходят через религиозные каналы. Однако, все, как кажется, имеют своим источником боль и совершенную безнадежность. Полное «опускание до глубины» было одним из требований для того, чтобы некто стал готов к трансформирующему переживанию. Такое «опускание вглубь», как знает любой выздо-

равливающий алкоголик, в терминологии АА называется ударом об дно.

Лейба (Leuba, 1896) и Старбак (Starbuck, 1899) — их произведения часто цитирует Джеймс — обращались к преобразующему переживанию во всей его ясности. Лейба подчеркивал радикальность происходящих изменений, а также указывал, что второе предварительное условие для этого — капитуляция Я. Фактически, это и есть первый шаг двенадцатишаговой программы АА. Но Уилсон по-прежнему был насторожен. До срока, наступившего много позже, он был неспособен интегрировать свой опыт. Курц улавливает эту борьбу, когда пишет о понимании Уилсоном своего переживания посредством чтения Уильяма Джеймса. То, что Уилсон понял — или думал, что понял — из этой книги, должно было доказать свою значимость для истории Анонимных Алкоголиков:

«... Духовные переживания, как думал Джеймс, могут иметь объективную реальность; они могут трансформировать людей, почти как подарки с неба. Некоторые представляли собой внезапную сверкающую иллюминацию; другие происходили очень постепенно. Некоторые притекали по религиозным каналам, другие — нет. Но почти все они имели огромный общий знаменатель — боль, страдания и бедствия. Для того, чтобы сделать воспринимающего готовым, почти всегда требовалась полнейшая безнадежность и погружение в глубину. Значительность всего этого буквально обрушилась на меня. *Погружение в глубину* — да, это было оно. В точности то, что произошло со мной.

Это было сутью того, что понял Уилсон; также важно было и значение, которое, как он обнаружил, было этому присуще, поскольку его важность была — вместе с его «духовным переживанием» — третьей из четырех частей, из которых образовались Анонимные Алкоголики. Половина стержневой идеи — а именно, необходимость духовного преобразования — пришла от Карла Юнга через Роланда. Внедренная в практику Оксфордских групп, она должна была вызвать и вторую половину, пока отделенную — синхронную передачу дефляции (уменьшения высокомерия) и надежды «одним алкоголиком, говорящим с другим», как это происходило на первой встрече между Биллом и Эбби. Теперь, под добросердечным руковод-

ством д-ра Силкворта и влиянием глубокой мысли Уильяма Джеймса, две «половины объединились в уме Уилсона, чтобы сформировать еще только подразумеваемое целое» (Kurtz, 1979, стр. 20-21).

Уилсон пришел к пониманию того, что такие драматические личностные сдвиги редко, но все же происходят. Самый важный среди них — феномен обращения (аналогичный религиозному обращению), множество примеров которого привел Уильям Джеймс, а также Карл Юнг в описании своих случаев. Таким же образом Юнг сообщил Уилсону, что некоторые травматические неврозы и срывы происходят после успешной терапии, и такие случаи представляют собой сдвиг от здоровья к неврозу.

Мартин Хайдеггер (1963) и Карл Ясперс (1975) также писали о ситуациях, которые способны подвигнуть индивидов на совершение драматических и решительных перемен в своей жизни. Ясперс называет это «предельными ситуациями», то есть условиями, в которых люди должны лицом к лицу встретиться с тщетностью имеющегося стиля или паттерна взаимодействия. Предельные ситуации, как описывает их Хайдеггер, действуют как катализатор оценки и конфронтации с собственным существованием. Мука и отчаяние (тревога) — необходимые эмоциональные компоненты, требующиеся для побуждения к решительной смене собственного осознания (*Enschlossenheit*) и взаимодействия с миром (*Existenz*).

Уилсон интуитивно понял, что этот феномен — критический компонент процесса выздоровления. Следовательно, капитуляция — краеугольный камень двенадцатишаговой программы выздоровления АА. Капитуляцию обычно считают состоянием, в котором отсутствует самоутверждение индивидуальности, состоянием потери себя в чем-то другом, но тот смысл, который вкладывают в это понятие Ангял (Angyal, 1965) и АА, важнейшим образом от этого отличается. «Подчиняющийся чужаку становится униженным этим подчинением; сдающийся своей изоляции входит в большее единство и распространяет, увеличивает свою жизнь» (Angyal, 1965, стр. 107).

Годы спустя Уилсон начал переписку с Карлом Юнгом. Письма Юнга оказывали важнейшее влияние на развитие философии лечения АА. Важно отметить, что настойчивое желание Уилсона понять то, что он переживал, заставляло его бороться и прояснять

психологические, религиозные и духовные аспекты того, что позже должно было стать идеей Анонимных Алкоголиков. Именно желание Уилсона истолковать и определить этот опыт позже привело его к контакту с Оксфордскими группами.

Уилсон писал: «Когда ученик готов, появляется учитель» (цит. по Kurtz, 1979). Так оно и случилось — Уилсон скоро подружился с лидером движения. Результирующий обмен был взаимным, и скоро духовные принципы Оксфордской группы, а именно: (1) самоисследование; (2) признание ошибок; (3) искупление неправильных поступков, и прежде всего (4) постоянная работа с другими, стали фундаментом, на который опирались АА. Формулировка основных принципов АА — дефекты характера, возмещение нанесенного вреда, работа с другими — может быть напрямую прослежена до движения Оксфордских групп, Ральфа Уолдо Эмерсона и влияния Трансценденталистов. Применение этих принципов в конце концов привело к развитию лечебной модальности, которая вскоре должна была стать непревзойденной в лечении алкоголизма и наркомании.

АА — почему и как это работает: интерпретация АА

Анонимные Алкоголики описывают свою организацию как «товарищество мужчин и женщин, делящихся друг с другом опытом, силой и надеждой таким образом, что они могут решить свою общую проблему и помочь другим выздороветь от алкоголизма» и добавляют, что ее цель — «остаться трезвыми и помочь другим алкоголикам достичь трезвости» (Анонимные Алкоголики, 1939). Анонимность требуется для того, чтобы избежать возможной стигматизации членством в ней и остракизма семьи и друзей. Анонимность является также залогом конфиденциальности, которая позволяет свободно и чистосердечно дискутировать о своих проблемах и трудностях.

Однако, краеугольным камнем философии АА остается признание и принятие того, что у человека есть проблема неконтролируемого пьянства. Члены Анонимных Алкоголиков не занимаются нянчением симулянтов. Они делают все, чтобы было понятно: если кто-то действительно собирается бросить пить, члены общества должны в любом месте и в любое время прийти ему на помощь. Программа не будет работать с теми, кто только хочет бросить, или хочет бросить потому, что боится потерять семью или

работу. АА утверждают, что эффективное желание должно основываться на живом интересе к себе. Кандидаты должны быть по горло сыты социальным одиночеством, которое типично для неконтролируемого пьяницы, и должны хотеть привнести некоторый порядок в свою полную ошибок жизнь.

Анонимные Алкоголики руководствуются предлагаемыми ими «Двенадцатью Шагами». «Предлагаемыми» — слово, которое следует подчеркнуть, поскольку в АА нет долженствований, за исключением тех, которые участники устанавливают для себя сами. Изначально члены АА будут демонстрировать, что алкоголики могут быть приняты и любимы. Алкоголики, приходящие к АА в первый раз — чужие, отверженные и одинокие — принимаются как ценные представители человеческого рода, достойные того, чтобы их спасти. Слушая, как участники делятся жизненными переживаниями, такими же ужасными, как их собственные, а затем отмечают, как они преодолевают свои проблемы, связанные с пьянством, алкоголики наполняются надеждой: ведь если другие участники смогли это сделать, возможно, и у них тоже получится. Они приобретают мотивацию к тому, чтобы попытаться.

Алкоголики научаются жить одним днем без выпивки. Посещая встречи АА и проговаривая свои проблемы, они усиливают сопротивление пьянству и постепенно реконструируют свой стиль жизни, устраняя из него зависимость от алкоголя. Самый критически важный момент — это признание себя человеком, чья болезнь заключается в неконтролируемом пьянстве; алкоголик должен принять основное положение, которое становится фундаментом всей реабилитационной программы: «Даже один глоток — это слишком много».

Повинуясь природе своей болезни, алкоголики выработали систему отрицания и рационализации. Эти психологические защиты, препятствующие распознаванию и признанию своей болезни, также полно задействованы в их расстройстве и замысловато связаны с ним, как и собственно алкоголь. Вернон Джонсон (Vernon Johnson, 1973) лучше всего выразил игру этих динамик:

«Первичным фактором в этом первичном условии является заблуждение, или нарушение суждения, которое держит аддиктивную личность в плену паттерна саморазрушения. С ним нужно иметь дело в первую очередь, поскольку оно бло-

кирует вхождение в любой терапевтический процесс. Алкоголик избегает или отрицает абсолютно любую нужду в помощи. Нужно помнить, что он не в контакте с реальностью» (стр. 44).

АА распознает нужду в таком признании (первый из двенадцати шагов), но оно может произойти, только когда алкоголик достигнет своего кризиса и на глубочайшем, нутряном уровне капитулирует перед Силой, большей, чем он сам. Духовные и религиозные динамики выздоровления невозможно переоценить, поскольку алкоголики должны конфронтровать со своим голым существованием. Экзистенциальные обертона такого кризиса — центральный психологический фактор программы выздоровления. Алкоголиков просят просто поменять деструктивную зависимость от алкоголя на конструктивную — от Силы (шаги Второй и Третьей). Что именно алкоголик думает по поводу природы этой Силы, для АА неважно. Важно, чтобы новички понимали: они не могут управлять частью своей жизни, затронутой пьянством. Капитулируя, алкоголики видят, что можно рискнуть быть собой, и сознательно идут на углубление осмысленных отношений с другими, поскольку это поможет им выздоравливать.

Как только такая нутряная капитуляция перед духовным пробуждением достигнута, алкоголики должны внести свой личностный вклад. Прощение и искупление — это трудные процессы. Дурные поступки, совершенные в период болезни, никогда не могут быть полностью исправлены. Процесс примирения — часть монотонного и кропотливого пути к трезвости. Несмотря на то, что могут думать об этом друзья и соседи, алкоголики не обязательно так уж счастливы просыпаться по утрам — к жизни без выпивки. Мучительные похмелья, которые они переживали раньше, могут оказаться гораздо более переносимыми, чем терзающие их теперь страхи и неясная тревога, с которой они вступают в каждый новый день.

Цена, которую нужно заплатить — это психологическая боль. Награда за нее — чувство прощения и жизненности новых межличностных отношений. Цель «прекратить пить» не является полностью адекватной. Новый взгляд на жизнь, новое чувство собственного достоинства и самоуважения, новое понимание своей ответственности и своих отношений с другими жизненно необхо-

димы для трезвой жизни. Зачастую начать сначала и обеспечить эмоциональную поддержку в тяжелое время, наступающее для каждого алкоголика, помогает зрелая религиозная вера.

Когда алкоголики с помощью АА совершают моральную инвентаризацию (Четвертый Шаг), они признают перед Высшей Силой и другим человеком (Пятый Шаг) причиненный вред. Потом они исправляют это и возмещают ущерб тем людям, которыми злоупотребили, и, в общем, очищают свое прошлое настолько, насколько могут (Девятый Шаг). Такой катарсис считается чрезвычайно важным из-за той навязчивости, которая характеризует проявления чувства вины у алкоголиков. Существует мнение, что негодование в свой адрес вносит большой вклад в их возвращение к бутылке. Составление списка обид (Восьмой Шаг) и разрешение не волноваться из-за них (Шаги Десятый и Одиннадцатый) — непременное условие трезвости и помощи другим алкоголикам (Двенадцатый Шаг).

Подход АА практичен и базируется на идее, что все проблемные пьяницы время от времени проводили по крайней мере двадцать четыре часа без выпивки. Поэтому члены АА не изгоняют алкоголь на всю жизнь, или на другой продолжительный период. Алкоголиков заставляют осознать, что сегодня они ничего не могут сделать по поводу завтра. АА хотят, чтобы алкоголики сконцентрировались на том, чтобы остаться трезвыми сегодня, в течение этих суток. Затем, когда они чувствуют желание выпить, это принимается просто как нечто, с чем надо иметь дело сегодня. Их научили не беспокоиться по поводу завтрашней тяги, но только сосредоточиться на откладывании сегодняшней выпивки.

Регулярное посещение встреч играет важную роль в трезвой жизни. Групповые встречи и отношения в группе обеспечивают почву для сравнения новых способов обращения со своими эмоциями и с жизненными проблемами. Алкоголики часто принимают конфронтацию и поддержку тех, кто борется с теми же проблемами, что и они, в то же время отвергая такие же реакции врачей, священников или других профессионалов. АА — один из самых успешных подходов к трезвости, потому что они практически применяют эти принципы. АА используют преимущества товарищества и разделенных проблем вместе с добавочным активом эмоциональной объективности и личного понимания, или динамик личности, обеспечиваемых другими.

Но общая атмосфера встреч АА — веселье и доброе товарищество. Вообще, члены АА принимают всерьез свой алкоголизм, но не себя самих. Это — еще одна важная часть программы выздоровления.

Прагматизм: его влияние на АА

Якоб Броновски (Jacob Bronowski, 1973), определяя философию науки двадцатого столетия, заявил, что ключевой принцип любой науки — это идея, что люди и физический мир развиваются. Это и неудивительно; любой начальный курс биологии скажет вам об этом. Но Броновски подчеркивает тот часто игнорируемый факт, что эволюционирует и сама материя. Материя и жизнь следуют единому паттерну. Это эволюция — процесс, в котором атомы выстраиваются в более сложные структуры, это подъем по лестнице от простого к сложному по ступеням, каждая из которых сама по себе стабильна.

Броновски замечает, что человеческая интеллектуальная эволюция также является процессом, характеризующимся динамикой смены взгляда, посредством которой мы медленно и кропотливо продвигаемся со ступени на ступень. «В такой подъем человека заложены научные, рациональные основания», объясняет Броновски (1973). Мы строим свои теории и знания на фундаменте, заложенном другими, и прибываем на временную стадию своей эволюции. Знание никогда не является безусловным, и то, что мы называем истиной, не есть определенная репрезентация независимо существующей структуры вещей. Скорее, наше определение истины таково: это интеллектуальная конструкция, избранная разумом из имеющихся альтернатив по причине своей экономности и простоты, которая не буквально описывает реальность, но упрощает контакт с ней — путем предоставления инструментов для предсказания будущих наблюдений на основании настоящих.

Основываясь на такой точке зрения, Уильям Джеймс (1907) пришел к заключению, что истина — это то, что работает. Джеймс предвосхитил феноменологов и многие экзистенциальные идеи, объясняя: «Истинная идея — это проективная карта опыта, которая ведет нас туда, куда мы хотим прийти» (стр. 37). Человек, по Джеймсу, проверяет истинность идеи, переживая ее последствия. Истина — это средство достижения организмом своей жизненной цели, и это идея, которая вызывает другие идеи. Научные теории,

по Джеймсу, принимаются просто потому, что они работают, то есть их следствия приносят удовлетворение.

Позже Джеймс пришел к отстаиванию одной из форм Бергсоновского анти-интеллектуализма. В конце концов, он оставил свой экспериентальный взгляд на истину, согласно которому ранее считал, что знание определяется и вынуждается опытом (в естественных науках), или аналитической интенцией понятий (в чистой науке), или свободным выбором (в моральных рассуждениях, религиозных и метафизических верованиях). Джеймс поменял эту точку зрения на следующую: индивид судит об убеждении, сравнивая его с целым набором других убеждений (метафизика, логика, наука и т.д.). Как и феноменологи, он полагает, что убеждение, находящее равновесие среди таких цельных наборов убеждений, без возмущения старейших и самых почитаемых из них, принимается за истину за свою ценность для выживания. Джеймс считал истину проективной картой опыта и синонимом полезности. Истина прагматична!

Уильям Джеймс был одним из первых сторонников философской системы, называемой прагматизмом. Одним из ее главных положений было то, что если нечто перестает быть полезным, оно также перестает быть и правдой. Понятие об абсолютной истине служит скорее предельной точкой исследования, чем означает некое окончательное знание. Чего мы ожидаем, то и находим истинным. Истинное — значит, целесообразное. Правда соответствует нашим нуждам.

Джон Дьюи — другой прагматик, разделяющий взгляды Джеймса, приводил аргументы, параллельные многим высказываниям Тьюна относительно АА. Например, Дьюи критиковал зрительский, свидетельский аспект знания и заявлял, что мысль — только один из видов действия, заключенных в любом переживании (цит. по White, 1972). Органическая теория знания Дьюи показывает человека, борющегося со своим миром и с окружающей средой, и знание производно от этого опыта взаимодействия с миром. Так же и АА поощряет выздоравливающих алкоголиков работать по программе, потому что они могут расширить горизонты своего опыта или раздвинуть свои конструкты для внесения новых элементов. Дьюи чувствовал, что слишком многие теоретики убегают из мира риска и возможностей в безопасный мир абстрактного мышления.

Разумеется, это причина того, что многие члены АА разделяют критицизм в адрес профессионалов, чей интерес к алкоголизму — чисто академический или преходящий. Абстрактно их теории звучат правильно. Но проходя через конкретное тестирование реальностью, эти абстракции зачастую не материализуются. Как говорит Дьюи, многие профессионалы сопротивляются тому, чтобы покинуть безопасный мир теории и заняться алкоголиками на реальном конкретном уровне, потому что этот тип встречи требует слишком многого. Многие профессионалы усложняют проблему, путая абстрактное с конкретным или реальным. Например, некоторые из них неправильно толкуют важность технической нейтральности в лечении алкоголиков. Абстрактно и теоретически принцип нейтральности гарантирует то, что терапевт будет принимать алкоголика, не осуждая, не выражая ни удовольствия, ни неудовольствия в связи с его поведением. Намерение, стоящее за этим принципом, является теоретически здоровым. Самое лучшее для индивида — это чтобы он приходил к собственным решениям самостоятельно, свободно от влияния и суждения других. С теоретической точки зрения, это — способ интернализировать контроль. Такой подход также предохраняет от вредоносной зависимости, от идеализации и покорности. Однако, на конкретном, экспериентальном и «реальном» уровне, такой подход может обернуться катастрофой для алкоголика. Чрезмерное доверие абстрактным понятиям часто ведет людей к неверному истолкованию актуального опыта. Исключительно абстрактное понимание часто происходит ценой потери переживания конкретного. Отделение абстрактного от конкретного — пример дуалистического расщепления, которое пронизывает все Западное рациональное мышление.

Всю свою жизнь Дьюи критиковал дуалистическую тенденцию Западной мысли. Он считал, что Западная философия отражает важное пристрастие, которое было усвоено из наследия ранних греческих философов. «Знание зрителя», как критически отмечает Дьюи, было признано ими высшим, поскольку дифференцировало знание, достигаемое правителями путем пассивного созерцания, от знания, достигаемого подданными, которых заставляли рабски трудиться в низших, практических областях. Поэтому идеализм и был признан высшей формой знания. Дьюи считал, что в действительности это было бегством от непредсказуемого мира действия в безопасный мир абстрактной мысли. Поэтому знание, получен-

ное зрителем или свидетелем, расценивалось Дьюи как находящееся под влиянием страха вовлеченности в действие, а также нежелания прилагать усилия для переживания мира таким, как он есть. Соглашаясь с Уиллом Дюрантом и философией АА, Дьюи считал, что мысль без действия — это болезнь (Durant, 1926).

АА и Дьюи вместе критикуют «объединение эго, абстрактного мышления и дилеммы человеческого существования», а именно то, что знание приобретается ценой избегания бремени понимания. Бубер особенно акцентировал важность дифференциации абстрактного (Я-Оно) от конкретного (Я-Ты). Он подчеркивал сущностную разницу между прямой, взаимной встречей, в которой каждый участвует своим целостным бытием и полностью присутствует, и непрямыми, невзаимными отношениями субъекта и объекта. Бубер чувствовал, что для нас реальна опасность потери себя в абстрактном идеализме своего собственного мышления — той абстракции, которая вдохновила Альфреда Норта Уайтхеда (Alfred North Whitehead, 1925) поднять вопрос, касающийся распространенной тенденции путать абстрактные интерпретации с конкретными случаями. Уайтхед предупреждал, что ошибка потери конкретности — это общее заблуждение науки.

Произведения Уайтхеда и Джеймса отражают общий принцип, лежащий в основе успеха АА. Настояние АА на «событии» — на реальной актуальной встрече алкоголика с другим алкоголиком — гарантирует, что конкретное не потеряется во имя абстрактного. Эта ориентация явно проявляется в часто повторяемых лозунгах АА: «Витализируй (оживляй), а не анализируй», «Приди на девяносто встреч за девяносто дней» и «Приведи свое тело, а разум последует за ним». Такие призывы отражают рекомендации Джеймса: нужно скорее делать свой способ мышления новым, чем выдумывать свой новый способ действий.

Экзистенциальная позиция АА

Курц приводит убедительные аргументы в пользу того, что АА работает, поскольку во многих важных аспектах соответствует экзистенциальной философии. Он утверждает, что АА не имеет того признания, которого заслуживает как движение уникальной интеллектуальной значимости. Когда АА изучается в связи со своими источниками и корнями, видно, что программа выражает многие важные экзистенциальные темы. Первый предмет любой

экзистенциальной философии — осознание ограниченности человеческого бытия. Первая ступень АА («Мы признали себя бессильными перед алкоголем») требует, чтобы алкоголик осознал и признал это сущностное ограничение. Курц пишет:

««Мы признали, что бессильны перед алкоголем — что наши жизни стали неуправляемыми» (26, стр. 59; 27, стр. 21-24). АА обращается не к алкоголизму, но к алкоголику. Первая ступень программы АА сосредотачивается на алкоголике, который по сути своей ограничен. Подтверждение «Я алкоголик», следствие признания бессилия перед алкоголем, показывает принятие правды о присущих человеку ограничениях, о его основополагающей конечности, по меньшей мере, для алкоголика» (1982, стр. 3).

Бессилие перед алкоголем и принятие своих ограничений в отношении алкоголизма служит прототипом встречи и принятия других ограничений человеческого состояния. Еще больший инсайт АА — целостность ограниченности. Он последует после того, как алкоголик станет способен принять ограничение, заключающееся в том, что он больше не может пить. Курц так резюмирует эту дилемму:

«АА заимствовало и училось у разных источников — Уильям Джеймс и Оксфордские группы, Карл Юнг и Уильям Дункан Силкворт. Собственный продолжающийся опыт также заметным образом оформил развитие мысли АА. Понятия, воплощенные обеими частями названия, лучше всего проясняют этот инсайт. Алкоголик, в понимании АА — это тот, кто находится в безнадежном положении: обсессивно-компульсивно пристрастившийся к алкоголю, он, по определению, должен пить и разрушать себя. Хотя алкоголизм концептуализируется АА и другими как «болезнь», алкоголик не «имеет алкоголизм» — он сам «алкоголик». Поэтому он не может делать того, что другие, неалкоголики, делают с веселой безнаказанностью: необсессивно и некомпульсивно пить алкогольные напитки. В термине «алкоголик» содержится вывод о совершенно безнадежной беспомощности и сущностном личном ограничении» (1982, стр. 41).

Центральным для принятия алкоголиком такого ограничения является осознание того, что, поскольку он уязвим, он может соблюдать трезвость, только показав свою уязвимость и приняв это ограничение. Целительная динамика АА — взаимная уязвимость, открыто признаваемая и разделенная с другими алкоголиками. Курц пишет:

««Не-Бог» значит, во-первых «Ты не являешься Богом», послание программы АА ... Фундаментальное и первое послание Анонимных Алкоголиков своим членам — они не бесконечны, не абсолютны, не Боги. Каждая проблема алкоголика, в соответствии с этим прозрением, в первую очередь — претензия на Богоподобную власть, и особенно на *контроль*. Но алкоголик, на чем настаивает это послание, по меньшей мере не контролирует, даже себя; и первая ступень к выздоровлению от алкоголизма должна быть признанием и *принятием* этого факта, который так очевиден другим, но столь упорно отрицаем обсессивно-компульсивным пьяницей.

Но Анимные Алкоголики — это в той же степени *товарищество*, в какой и *программа*, и, таким образом, у его послания о не-Божественности есть другая сторона. Поскольку алкоголик — не Бог, не абсолют и не бесконечность, он по сути своей конечен и ограничен. И как раз с этих ограничений — с *принятия* алкоголиком личной ограниченности — начинается заживление и целостность... Быть алкоголиком в Анонимных Алкоголиках — это не только принимать себя, будучи не-Богом; это подразумевает также утверждение своей связи с другими алкоголиками... Приглашение создать такую связь и осознание ее необходимости проистекает из самого принятия своей ограниченности» (1992, стр. 42).

Другой важный аспект принятия алкоголиками пределов человеческих возможностей — это требование понимания ограниченности контроля и зависимости. Они должны понять разницу, чтобы оставаться трезвыми. Курц пишет:

«Акцент на контроле как на чем-то ограниченном, не абсолютном, но и не том, от чего следует отказываться, пронизывает программу АА. «Вы можете сделать что-то, но не все» — это постоянное имплицитное, а временами и эксплицитное

послание. Членов АА предостерегают от обещаний «никогда больше не пить». Скорее, они научаются «не выпивать первой рюмки только сегодня». Их скорее поощряют посещать встречи АА (что они сделать могут), чем избегать любых контактов с алкоголем (чего они не могут). Ощущение ограниченного контроля восхитительно резюмировано в их знаменитой «Молитве о смирении»: «Даруй мне, Боже, смирение принять то, что я не могу изменить, мужество изменить то, что могу, и мудрости, чтобы отличить одно от другого» (1982, стр. 53).

Удар об дно: экзистенциальный взгляд

Такое принятие ограничений требует чего-то большего, чем интеллектуальный инсайт. Индивиды откажутся от своего эгоистического абсолютного контроля над миром, только будучи оторванными от него и безжалостно выставленными на обозрение, со всеми своими фальшивыми допущениями и обманчивым фасадом. Конфронтация с таким осознанием порождает ужас, страх и трепет по Кьеркегору, тревогу (*angst*) Хайдеггера и (*angoisse*) Сартра, и первичный хаос (пучину) Бубера. Перефразируя термин Уильяма Джеймса (т.е. погружение вглубь), АА называет это ударом об дно. Карл Ясперс, другой экзистенциальный автор, говорит о «пределной ситуации». Эти великие философы сходятся во мнении, что требуется эмоциональный переворот, чтобы люди действительно обратились к сердцевине своих экзистенциальных затруднений. Только после того, как произойдет обращение к этому вопросу во всей его ясности, яркий свет существования заставит человека захотеть или стать способным принять ограничения человеческого состояния.

Альбер Камю наиболее графично резюмирует такую позицию, бросая вызов читателям и предлагая им проверить аутентичность собственной жизни. Как и Сартр, Камю уверен, что большинство из нас проживает свою жизнь «недобросовестно», упорствуя в иллюзиях, потому что мы не хотим встречаться со смертью, ужасом и страданием. Камю чувствовал, что если мы будем нечеловечески честны с собой, то обнаружим, что в жизни существуют лишь две настоящие истины. Мы умрем, и после смерти не будет ничего. Далее он утверждает, что если мы действительно ответим на эти вопросы, не цепляясь за свой отказ принимать ограничения, мы или уьем себя, или впервые решим действительно аутентично

прожить свою жизнь. Мы станем, по словам Сартра, «подлинными». Мы будем упрощать тривиальное и отдавать приоритет витальному. Мы не будем больше отрицать смерть и ограничения. Отрицая смерть, мы, в конце концов, отрицаем жизнь, поскольку они неразделимы.

Не стоит и говорить, что большинство из нас, алкоголики и неалкоголики, боятся принять вызов Камю из-за страдания, которое он вызывает. В большинстве случаев алкоголики, оказавшись на краю психической бездны из-за своего алкоголизма, не имеют другого шанса, кроме его принятия. Они буквально должны либо умереть, либо изменить свою жизнь, сдавшись первому шагу программы АА. Если алкоголики способны принять этот вызов и интегрировать опыт, они часто начинают вести более осмысленную жизнь. Ницше, в своем иконоборческом стиле, кратко передает это переживание: «То, что не убивает нас, делает нас сильнее».

Вся философия и все социальные науки должны иметь дело с проблемой реальных человеческих страданий. АА, по крайней мере, считает страдания необходимой и, возможно, позитивной частью жизни. Многие другие лечебные модальности терпят в этом неудачу, не признавая актуальных терапевтических аспектов мобилизации пациента во время кризиса, избегая консолидации симптомов, и, тем самым, делая их еще более проблематичными. Идеальным обращением со страданием в лечении будет, цитируя Виктора Франкла (1969, стр. 713), дать человеку «волю к смыслу», которая придаст смысл его страданию. Когда страдание рассматривается в смысловой парадигме, оно может послужить процессу роста.

АА обращается к самому фундаментальному принципу лечения. Прежде, чем ресурсы индивида смогут быть мобилизованы для терапевтического изменения, он должен пережить состояние личной неконгруэнтности. Часто изменения не происходит, если боль и страдание не толкают человека начать честную оценку своего состояния и поведения. Однако, страдание должно быть интегрировано в личностную, осмысленную парадигму. Страдающие по неизвестной им причине превращаются в сломленных, ожесточенных или деморализованных людей.

Личные переживания Виктора Франкла во время Второй Мировой Войны ярко иллюстрируют этот принцип. Будучи евреем-психиатром, арестованным нацистами во время войны и поме-

ценным в один из самых жестоких лагерей уничтожения, Франкл имел мало причин верить в то, что когда-нибудь покинет лагерь смерти живым. Каждый день, на протяжении месяцев и лет, он слышал от нацистских охранников, что Германия выиграла войну, и он никогда не выйдет из тюрьмы. Переживая невыносимые страдания, наблюдая безжалостную смерть и трагические потери вокруг себя, Франкл видел, как многие из его товарищей медленно сдавались, и тогда буквально ложились и умирали. В конце концов Франкл научился различать тех, кто был близок к смерти, и тех, кто продолжал жить. Те, кто не мог увидеть никакого смысла в своих страданиях, с большей вероятностью умирали, потому что их жизнь переставала быть осмысленной. Франкл осознал, что те, кто умудрялся вставить свои страдания в некий осмысленный контекст посредством веры, убеждения или надежды, были в наименьшей степени разрушены и поражены своей болью и страданием.

Менее драматично, но все же очень похоже члены АА разделяют «родство общего страдания». В этом контексте выздоровление от алкоголизма требует того, чтобы люди делились своим страданием с другими, понимающими их переживания. Как определяет это Курц, взаимность в АА вызывается разделением общего страдания. Это, в свою очередь, учит алкоголика тому, что «быть полностью человеком означает нуждаться в других» (1982, стр. 55). АА обеспечивает алкоголикам общие объяснения их страданий, помогая им придать смысл своему несчастью и давая осмысленную парадигму для их опыта.

АА обеспечивает образовательный процесс, который позволяет осмысленным образом интегрировать страдание в жизнь человека. Однако, АА — это обучение уникального сорта. Оно тренирует алкоголиков в том, чтобы больше осознавать себя и быть более честными с собой. Оно также учит их достигать адекватного контроля над своими примитивными импульсами и влечениями; быть свободнее в выражении чувств; стать более терпимыми к человеческим ограничениям; и развить способность откладывать или модифицировать вознаграждение, и даже вовсе поступаться удовлетворением, требования которого раньше казались непреодолимыми. Алкоголики научаются принимать то, что есть пределы для радости в жизни. Как говорил Фрейд, однажды описавший цель психоанализа в виде «трансформации невротического несчастья

в ординарное человеческое страдание», алкоголики находятся на пути к выздоровлению, когда принимают факт, что отпущенное им счастье ограничено, как и у всех остальных.

Это не должно подразумевать того, что счастье и радость являются антитезисом терапии, лечения и выздоровления. Скорее, алкоголиков нужно научить не страдать по неправильной причине. Боль и страдания — часть жизни, но то же самое можно сказать про радость и счастье. Как учит буддийская религиозная доктрина, невежественные желания часто порождают страдание. Это ясно описано в романе Джеймса Клэвелла «Сёгун». После того, как невинный человек умер из-за незнания Блэкуэллом японских традиций, он проклинал себя и мир, гневаясь из-за бессмысленности смерти этого человека. Он восклицал, обращаясь к своей японской возлюбленной, что мир неправилен, что такие вещи не должны происходить. Когда он усомнился в том, сможет ли он продолжать жить, сохраняя целостность, в таком бессмысленном мире, его возлюбленная-японка отреагировала на его фрустрацию, гнев и ощущение бесплодности. Исходя из очень традиционной восточной философской позиции, она сказала ему, что он неправ, и что мир не бессмысленен. Она напомнила ему, что он гневается из-за своего отказа принять мир таким, каков он есть, и настояния на попытках переделать его во что-то другое. Блэкуэлл так страдал, потому что хотел, чтобы мир был другим, строго соответствующим его эгоистическому, предрешенному набору ожиданий.

В классической буддийской доктрине существует традиция, которая предполагает, что «полезные иллюзии» ученика служат важным целям в религиозном тренинге, так же, как и для аддикта или алкоголика в выздоровлении. Каждый нуждается в надежде и в обещании того, что для страдания есть некая причина или смысл. Поиск жизни, свободной от страдания и полной абсолютного счастья, тщетен. Как не устают нам напоминать экзистенциалисты, существуют только две абсолютные истины в мире — «люди страдают и люди умирают». Буддийская доктрина побуждает нас осознать, что это наша «природа как живых существ — страдать и умирать». Поскольку это неизбежная правда, мы не должны страдать по неправильным причинам или поддаваться нигилизму и пессимизму. Мы должны, как побуждают нас буддисты, заняться веселым участием в мировых страданиях. Однако, пока начинающие выздоравливать аддикты или алкоголики не будут готовы встре-

титься и справиться с мукой такой конфронтации, им нужно что-то, за что можно держаться и чему можно верить, пока они не смогут отказаться ото всех своих иллюзий. В поисках просветления буддийские ученики поймут, когда будут к этому готовы, что поиск был тщетным, поскольку ответ был у них с самого начала. Как писал Т.С. Элиот, «Мы не оставим своего исследования, и его результатом будет прибытие в место, откуда мы начинали, и узнавание его в первый раз» (Eliot, 1943, стр. 59).

Тема поиска и нахождения себя параллельна истории Сиддхартхи в изложении Германа Гессе, и дополняет Фрейдовскую цель терапии — трансформацию невротического несчастья в ординарное человеческое страдание, или, как сказал Страпп, «терапия заканчивается, когда пациент принимает тот факт, что он так же несчастен, как и все остальные» (1972, стр. 31). Эрв Полстер (1981) выражал сходные мысли, говоря, что «мы должны научиться страдать без лишней боли».

С этой точки зрения, страдание определяется как нежелание индивида принять мир таким, какой он есть, и его настояние на том, чтобы мир соответствовал придуманному им образу. Мышление такого сорта — форма идолопоклонства, в рамках которого способом встречи с миром становится прием химикатов, если ограничения, с которыми сталкивается алкоголик, кажутся ему неприемлемыми. Алкоголь и наркотики становятся способом отрицания несчастья, страдания и ограничений. Из-за своего алкоголизма алкоголики пренебрегают все большим количеством приемлемых, или нормативных, удовольствий, которые обычно дают достижения, знания, дружба, хорошее здоровье и благосостояние. Алкоголь и наркотики вознаграждают эгоизм и гедонизм. Такое удовольствие, сродни «дешевому трепету», приходит ценой потери целостности и самооценки алкоголика. Удовольствие должно быть заслужено аутентично, путем тонкого и важного взаимодействия ценностей, верований, обычаев, идей и поведения, которое не причиняет вреда другим. Алкоголь и наркотики — трепет, купленный задешево, ценой потери самоуважения. Достоинство и самооценка постепенно утрачиваются, потому что правила социально приемлемых нормативных способов достижения удовольствия заменяются и компрометируются. Индуцированные алкоголем и наркотиками подъемы — это фокусы, разыгрываемые в мозгу, которые оплачиваются самооценкой.

Лечение, с этой точки зрения, требует удаления дешево достаемых конвульсий, и замены их подлинно заслуженным счастьем. Целостность нельзя купить. Она заслуживается, и, будучи однажды заслуженной, является антитезой стыда, неуважения к себе и невротического несчастья.

Эрнест Хемингуэй однажды определил счастье как получение чего-то, равноценного истраченным деньгам, вместе со знанием того, когда вы это получили. Утверждение Хемингуэя уместно и для ситуации алкоголика, в которой счастье, купленное посредством приема химикатов, ведет только к опустошенности и потере самоуважения. Важно отметить, что Хемингуэй не описывал счастье как выгоду — что-то, что вы украли или получили за дешево. Счастье заслуживается, и имеет свою цену. Однако, как осторожно добавляет Хемингуэй, вы должны знать, когда вы заслужили его. Счастье, купленное по дешевке, пусто, оно не ведет к ощущению господства. Что существенно, оно всегда недооценивается, поскольку не заслужено. Счастье, достигнутое без понимания, покупается ценой самоуважения. Шопенгауэр выражал сходные соображения: «То, каков человек, имеет больше значения для его счастья, чем то, что он имеет». Кант также резюмирует эту позицию: «Мораль неверно считать доктриной о том, как мы делаем себя счастливыми; но как мы делаем себя достойными счастья» (цит. по Durant, 1926).

Маггеридж (Muggeridge, 1980) предупреждал, что смертный человек, пытающийся жить без веры в Бога (или, в терминах АА, в высшую силу), неизбежно поддается мегаломании или эротомагии, или и тому, и другому одновременно. Вера в Бога учит нас смирению, а без смирения, как предупреждает Маггеридж, мы будем продолжать гнаться за возбуждением, удовольствием и навязчивым удовлетворением своих appetitov. В состоянии высокомерия нас подстерегает опасность подмены счастья удовольствием. Как красноречиво аргументировал Маггеридж, «счастье, которого добиваются, недостижимо... Я думаю, что поиск и преследование — ошибочные понятия, потому что вся штука со счастьем в том, что оно случается — оно само приходит к нам. Приходит загадочно, и только к тем, чьи отношения с Богом гармоничны». Это очень напоминает точку зрения Бейтсона, который считал, что аддикция — результат застревания человека в симметричных (в отличие от комплементарных, или гармоничных) отношениях с алкоголем и с

другими людьми — отношениях соревновательных, воинственных и контролирующих. Как говорил Бейтсон (Bateson, 1971), нет контролирующего Я, если только индивид не пребывает в иллюзии, что он отделен от себя и от других. Выздоровление — это возвращение к гармонии внутри себя и принятие комплементарной эпистемологической позиции. С точки зрения Бейтсона, АА обеспечивает этот новый и правильный сдвиг в эпистемологии.

Для выздоравливающего алкоголика поиск и понимание счастья требует сдвига перспективы. Если этот сдвиг не совершен, алкоголик будет или постоянно срываться, или страдать тем, что в АА называют «трезвостью с белыми костяшками». Многие алкоголики такого сдвига не достигают. Однако, те, кто обретает безмятежность, обычно делают это. Безмятежность — общепризнанный термин, означающий желанную цель, активно преследуемую членами АА. Хотя это понятие часто толкуется неправильно, ранний греческий философ Эпикур понимал его прекрасно. Эпикур верил, что удовольствие — это единственная возможная (и достаточно законная) цель жизни и деятельности. «Природа ведет каждый организм к предпочтению собственного блага перед благом другого. Мы должны не избегать удовольствий, но выбирать их» (цит. по Durant, 1926). Эпикур превозносил радости покоя перед радостями чувств. Он предостерегал относительно удовольствий, которые возбуждают и беспокоят душу, которая скорее должна быть спокойна и умиротворена. В конце концов он предложил искать не удовольствия в обычном смысле, но *атараксии* — спокойствия, хладнокровия и отдохновения ума.

Экзистенциальная философия глубоко пессимистична в одном смысле и оптимистична в другом. Экзистенциалисты уверены, что счастье может быть достигнуто только тогда, когда человек избавится от иллюзии безграничного счастья.

Эрнест Беккер (Ernest Becker, 1973) прекрасно описывает эту ситуацию: «Я говорю с приветливыми роботами. Я думаю, что мир полон приветливых роботов, говорящих только о радости и о хорошем. Я считаю своей задачей говорить об ужасе и страдании в мире» (стр. 36). Ужас, о котором говорит Беккер — это наш отказ иметь дело со страданием и смертью. Мы должны рассматривать эти аспекты реалистично и не пытаться избегать их, концентрируясь только на прекрасном в нашей жизни. Беккер прекрасно определил эту позицию: «радость, надежда и доверие — это то, что до-

стигается после того, как ты проходишь через несчастье» (стр. 36). Отто Ранк (цит. по Ялом, 1980) соглашался с этим: «Динамическое зло — это попытка сделать мир другим, чем он есть, сделать его тем, чем он не может быть — местом, свободным от нечистоты, от смерти и страдания».

Многие экзистенциальные авторы верят, что в такой конфронтации между реалистическим принятием мира таким, как он есть, и эгоистическими требованиями неограниченного удовлетворения, возобладает разум, и человек осуществит реалистический выбор из двух альтернатив — (1) продолжительной несчастливой борьбы со старыми паттернами ожиданий или (2) аутентичного существования с расширенной свободой выбора и ответственным выражением влечений и желаний. Как и Сократ, они призывают «познать себя». Таким образом члены АА научаются верить, что аутентичное существование, отстаиваемое программой, содержит ключ к самоисследованию, самопознанию, эмансипации, излечению и окончательному спасению.

Чтобы вырасти, алкоголики должны отвергнуть рай неограниченного изобилия и высокомерия. Они должны учиться отрекаться, работать, страдать, откладывать удовлетворение, становиться ответственными и, к тому же, принимать активное, ответственное участие в овладении своей судьбой. АА подрывает нечестность алкоголика с самим собой. Алкоголики должны понять, что самообман — повсеместная и универсальная человеческая характеристика. Однако, в отличие от неаддиктивных индивидов, алкоголики и аддикты не могут позволить себе себя обманывать, поскольку самообман неизбежно ведет к срыву. Алкоголикам и аддиктам нужно постоянно напоминать, что они могут вводить себя в заблуждение, веря, что прожили свою жизнь независимо, в то время как их жизни были прожиты за них веществами и силами, которых они не осознавали, не понимали и почти не контролировали.

АА — как это работает: феноменологическая перспектива

Как знает каждый изучавший экзистенциализм, ученик Гуссерля Мартин Хайдеггер (1963) признан самым влиятельным архитектором философской позиции, которая ныне называется экзистенциализмом. Гуссерль разработал исследовательскую процедуру, названную феноменологией, направленную на то, чтобы помочь

исследователю миновать, пройти насквозь или вокруг предположений, допущений и абстракций, доминирующих в науке и в Западной философской мысли. Хайдеггер, вслед за Гуссерлем, воспользовался этим методом, и применял его с намерением достичь самой сердцевины опыта — актуального живого опыта момента. Он верил, что изучение феномена нашего опыта и существования, без разрешения себе отвлекаться своим аналитическим умом, даст нам менее замутненный взгляд на то, что значит быть действительно человеком (Dasein). Не зная о том, Хайдеггер пытался прийти к позиции, похожей во многих аспектах на буддийскую доктрину, определяющую просветление как «полное и чистое осознание непосредственности момента». В обоих случаях предпринимается попытка обойти предубеждения, присущие любому методу, желающему анализировать, объяснять, понимать или извлекать смысл из нашего опыта.

Карл Тьюн (Carl Thune, 1977) воспользовался феноменологическим методом в проницательном исследовании и интерпретации АА. С точки зрения Тьюна, АА работает благодаря акценту на пересказе участниками встреч своих жизненных историй. Именно так они учатся интерпретировать свое прошлое, чтобы оно обрело смысл и давало надежду на будущее. Действуя в чисто феноменологических рамках, Тьюн придерживался мнения, что прошлое никогда и ни для кого не существует само по себе, и не только в случае с алкоголиком. Прошлое интерпретируется и творится через использование концептуальных моделей. Более значимо здесь то, что «эти модели становятся моделями творения будущего, которое не в большей степени автоматически «дано», чем прошлое» (стр. 83).

Тьюн говорит о важности жизненных историй в АА:

«В некотором смысле, один из первых уроков, которые АА должны преподать своим новым членам, заключается в том, что их жизни, как они знают их, были непоследовательны и бессмысленны. Одновременно это должно открыть «правильное» понимание и интерпретацию видения мира пьющим алкоголиком, после чего новый член сможет принять все преимущества программы, предлагающей другую последовательность и другой смысл в жизни активных алкоголиков. Другими словами, согласно АА, пьющий алкоголик не

только неверно воспринимает и понимает мир, но не может даже корректно воспринимать и понимать само свое восприятие и понимание. В терапии они должны научиться новым методам оценки.

Говоря абстрактнее, это не только пересмотренное и теперь уже связное видение мира, но также и меняющее отношения между своими компонентами. Например, в своих жизненных историях участники описывают жизнь пьющего алкоголика, как они понимают ее — идущую «под откос» или «по кругу». Пока пьянство продолжалось, будущее было просто продолжением прошлого и настоящего — всего лишь моментом, в который это прошлое проигрывалось вновь» (1977, стр. 81-82).

Жизненная история: АА в феноменологической перспективе

Одно из главных положений феноменологии гласит, что мир и Я скорее постоянно воссоздаются по мере проживания, чем автоматически заданы порядком вещей. Инсайт в жизни индивидов происходит из анализа того мира, который они конструируют, и в котором они должны жить.

Тьюн утверждал, что природа, значение и переживание алкоголиками этих конструкций Я и мира — предмет продолжающегося процесса переустройства и переопределения, происходящего и тогда, когда человек становится алкоголиком, и в курсе любого успешного лечения, и в программе выздоровления. Центральным для этого процесса будет переопределение значения и опыта алкоголизма как дефектного образа жизни (в терминологии АА) (Madsen, 1974). Следовательно, режим лечения, нацеленный на переустройство и переопределение Я и мира, дает лучшую возможность обращения с алкоголизмом, чем модель, ориентированная на аналог физической болезни или на дурную привычку. Это преимущество лежит в основе успеха АА.

Как и большинство терапевтических систем, АА сталкивается с двойной проблемой — диагностики и лечения. Однако, анализ программой этих граней терапевтического процесса имеет мало отношения к таковому более «ортодоксальных» Западных медицинских систем (Thune, 1977). Именно в диагностике и определении алкоголизма АА разделяет компанию многих психологических подходов.

Объективный диагноз (важный и необходимый компонент научной оценки в психологии), исходящий от кого-то, кроме самого алкоголика, не имеет значения для программы. Ее успех или неудача зависит от того, может ли человек диагностировать собственный алкоголизм. Эта самодиагностика — суть двенадцати шагов АА к выздоровлению. Перефразируя Лэйнга (Laing, 1969), алкоголики должны прийти к пониманию того, что нельзя иметь алкоголизм; можно только быть алкоголиком.

В придачу к «физической аллергии» на алкоголь, признаваемой моделью алкоголизма как болезни, существует еще алкогольная личность, незрелая и эгоистичная. Они духовно больны, простодушно-эгоистичны и себялюбивы, они предотвращают любые отношения с другими или с «высшей силой», кроме самых искусственных и поверхностных.

В рамках терапии АА необходимое изменение ментального и духовного дисбаланса, которое программа считает сердцевиной алкоголизма — это нечто большее, чем только сдвиг в понимании сущности Я. Оно требует поделиться с другими своим прошлым. С самого основания АА жизненные истории были ключевым элементом его практики и теории. Участники пересказывают свои переживания времен попыток контролировать алкоголизм. В большинстве случаев, если говорящий и не был физически заброшен во время своего активного алкоголизма, он пытается показать, что по меньшей мере чувствовал себя заброшенным, когда пил. После принятия программы многие заявляют о том, что пережили «личностные изменения», которые сопровождают новое понимание себя и своего мира.

Жизненные истории, как правило, стереотипны, что ведет к заключению о наличии надлежащего способа анализа и конструирования своего прошлого. Прошлое индивида — средство достижения контроля над своим алкоголизмом. Через истории алкоголики приходят к видению своей жизни как более понятной; они смотрят на нее в рамках другой структуры и логики, чем раньше.

В отличие от большинства медицински-ориентированных терапевтических систем, реальная проблема, по мнению АА, состоит в том, чтобы помочь алкоголику понять свое базовое «бытие» как бытие алкоголика, в отличие от нормального неалкоголика. Акцент АА скорее на духовно-дефектном способе бытия, чем на физической неполноценности, обеспечивает возможность яснейше-

го выражения убеждения, что алкоголизм есть дефект бытия. Во многих случаях АА обращаются к духовному или религиозному словарю вместо, возможно, более корректной, но недоступной философско-онтологической терминологии.

Алкоголизм, с точки зрения программы — тотальный жизненный стиль, или способ бытия и действия в мире. Злоупотребление алкоголем здесь — лишь один из компонентов, хотя и самый важный. Прекращение пьянства — необходимая и первая забота, но это только первый шаг перед изменением других важных аспектов полностью дефективного стиля жизни. Нередко можно услышать, как члены АА говорят о ком-то, прекратившем пить, но продолжающем вести дефективную жизнь, как о «сухом пьянице». Это признак того, что алкоголик отказался от алкоголя, но не от конструкции своего Я (в собственном восприятии), ассоциированной со стилем жизни алкоголика.

В то время как общество неразрывно связывает алкоголь и алкоголика, АА настаивает на их разделении. Как упоминалось выше, АА утверждает, что некоторые люди являются алкоголиками, пьют они или нет, и что их поведение может быть поведением типичного алкоголика, даже если они не берут в рот ни капли уже несколько лет. Следовательно, АА принимает и то, что многие пьяницы, даже тяжелые, не обязательно являются алкоголиками (Анонимные Алкоголики, 1955).

Принимая это во внимание, неудивительно, что исследование, заявившее, что алкоголиков можно натренировать пить социально (Sobell&Sobell, 1973b), считается в АА абсурдным, поскольку алкоголизм в этой перспективе — дурная привычка, поддающаяся коррекции через просвещение. Пропать, разверзшаяся между АА и научным сообществом, обязана своим существованием попыткам последнего рассматривать алкоголизм в рамках исследовательской парадигмы и настоянию на идентификации личностных переменных, связанных с его этиологией. Это противоречие нелегко разрешить. Высококвалифицированные исследователи многие годы не могли определить, является ли алкоголизм физической или душевной проблемой. Однако, выдающиеся специалисты в этой области, такие, как Рут Фокс (Ruth Fox, 1973), Е. М. Желлинек (E. M. Jellinek, 1960) и Марти Манн (Marty Mann, 1973), осознали, что алкоголизм имеет культурные, психологические и физические факторы.

Хотя существует весьма много заблуждений и противоречий вокруг подхода АА к алкоголизму, это практически не имеет значения — в связи с эффективностью АА как лечебной модальности. Литература переполнена вескими доказательствами того факта, что АА реально работает (Bourne, Fox, 1973, Bailey, Leach, 1965). Поэтому ключевой вопрос состоит не в том, работает ли АА, а в том, почему работает. Психологи долго избегали его по множеству причин. Частично из-за трансцендентальных и непозитивистских оснований АА — переменных, не основывающихся на научных данных. Как утверждает Кун (Kuhn, 1962), научное сообщество зачастую становится закрытой системой, коммуникация в которой ограничивается избранными членами самого этого сообщества. В этих условиях понятно обычное сопротивление профессионалов тому, чтобы оставить принятую научную парадигму и изучить переменные, не соответствующие принятой и доказанной методологии.

Замечание Куна помогает объяснить сопротивление некоторых профессионалов принятию АА как легитимной лечебной альтернативы. В свете феноменологического объяснения АА Тьюном становится ясно, что большей частью их сопротивление связано с неудачей в смене парадигмы при попытке понять и исследовать АА. Проблема, таким образом, не в АА, а в профессионалах, не способных расширить свои когнитивные модели, чтобы понимать и изучать АА в подходящем свете. Как только такой сдвиг перспективы достигнут, можно лучше понять заключение Тьюна:

«Таким образом, «лечение» АА включает систематическую манипуляцию символическими элементами жизни индивида ради обеспечения нового видения этой жизни и своего мира. Это дает новую связность, новый смысл и выводы для нового поведения. Литература отмечает такие же паттерны в других АА-группах. Действительно, любая программа лечения алкоголизма должна успешно продемонстрировать алкоголику, что он алкоголик, или, точнее, она должна успешно позволить алкоголику продемонстрировать этот факт самому себе. Это кажется возможным, только если сам алкоголик сможет по-новому открыть прошлое, чтобы подтвердить то, что, в конечном итоге, должно стать самолично поставленным диагнозом. Я считаю, что даже в системах, действующих в соответствии с другими принципами, одно из терапевтических

требований — это предоставление новой модели, определяющей Я и окружающий мир.

Это утверждение, однако, не должно считаться противоречащим заключению, достигнутому в другой аналитической перспективе. Скорее, они призваны обеспечить феноменологическую перспективу, которая дополняет другие точки зрения, предложенные медициной, социологией и психологией. К более полному пониманию алкоголизма и механизмов терапии приведет скорее сумма этих различных, но явно комплементарных точек зрения, чем академические, формальные или логические аргументы» (1977, стр.88).

Самоатрибуция алкоголизма

Вторым по важности компонентом программы выздоровления (после рассказывания собственной жизненной истории на встречах АА), по мнению Тьюна, является постоянная презентация себя как алкоголика. Каждое произнесенное «я-алкоголик» — постоянное напоминание членам АА, что они находятся на расстоянии всего одного глотка от того, чем они были когда-то. Это слишком неоднозначное заявление для тех, чей интерес к АА является переходящим, поверхностным или чисто академическим. Им не удается понять значимости такого ритуала. Фактически, многие критики видят особую проблему в настояниях АА на том, чтобы члены АА представлялись алкоголиками. Люди извне программы интерпретируют это или как нечто унижительное для алкоголика, или как постоянное негативное напоминание о его многочисленных недостатках. Они не способны понять, как такое требование может вести к чему-нибудь, кроме непрерывного унижения и потери самоуважения. Напротив, члены АА, представляющиеся алкоголиками, делают это гордо, поскольку каждый раз, когда встают и делают такое заявление, они передают самим себе важное сообщение.

Самоатрибуция алкоголика содержит гораздо больше информации для алкоголика из АА, чем для человека со стороны, который считает его всего лишь тем, кто когда-то слишком много пил. Слово «алкоголик» означает все то (эгоистическое поведение, негативные установки, искаженные ценности), против чего трезвые члены АА должны быть всегда настороже, если они хотят поддерживать здоровую трезвость. Постоянным употреблением самоназвания «алкоголик» члены АА взывают к противоположному

полюсу — тому, чего каждый здоровый, выздоравливающий и трезвый член АА должен придерживаться. Члены АА, таким образом, напоминают себе каждым провозглашением себя алкоголиком, что они находятся на расстоянии всего лишь одного глотка от потери того, кем они стали — человека, чьи ценности, установки и поведение прямо противоположны таковым алкоголика.

Билл Уилсон говорил об этом на много лет раньше, когда замечал, что внутри каждого выздоравливающего алкоголика встроены две силы, которые внешний мир никогда не сможет понять. Во-первых, в жизни каждого члена АА присутствует очень реальный и безжалостный тиран, представленный выпивкой и всем, что с ней связано. Вторая сила, согласно Уилсону — это внутренний голос. В разговорах с другими он будет называть его властью, жизненной силой или любыми другими словами, с которыми слушателю было бы комфортно. В некотором смысле, выздоравливающий алкоголик является всем, чем не является алкоголик действующий. Это помогает объяснить трудности неалкоголиков в понимании того, как это один глоток может привести к соскальзыванию алкоголика в свое старое поведение.

С этой точки зрения алкоголизм видится как нечто большее, чем просто чрезмерная выпивка. Вот почему АА верит, что употребление алкоголя не может быть сокращено без лечения остальных нарушений личности алкоголика. Сложность, которую представляет для профессионалов лечебный подход АА, концентрируется вокруг необходимости тотальной абстиненции. Многие профессионалы продолжают рассматривать алкоголизм как фокусное нарушение, которое может быть устранено или сокращено, как можно срезать гнилое пятно с хорошего без этого пятна яблока. АА же видит в нем первичную проблему, которой надо заняться в первую очередь. Абстиненция от алкоголя — это первый шаг, нужный для разрушения алкогольного стиля жизни. Только после ее достижения алкоголики могут научиться фокусироваться на изменении своего характерологического личностного стиля.

В такой системе в любой данный момент индивиды или здоровы, или нездоровы, в зависимости от того, какая система доминирует. Выпивка только помогает нездоровому стилю жизни доминировать над здоровым внутренним потенциалом алкоголика. Как понимает АА, алкоголики духовно изолированы и могут положиться на других лишь на поверхностном уровне. Они не могут

достичь самоопределения, потому что их бытие контролируется и замутняется их пьянством. Алкоголизм делает невозможным для них положиться на кого-либо или на что-либо на значимом уровне. Поскольку товарищество АА дает выздоравливающим алкоголикам идентификацию с чем-то большим, чем они сами, оно позволяет им совершить сдвиг к здоровым отношениям с другими.

Ангьял (Angyal, 1965) согласен с Тьюном в том, что новое самоопределение не отрезает алкоголика от его прошлой истории, но изменяет ее восприятие. Это в точности то, что, по словам Тьюна, выполняет АА в процессе выздоровления. Это переживается в рассказе алкоголика о своей истории. Ангьял, однако, обращается к двум другим весьма значительным проблемам, которые Тьюн упускал. Первая — это значение отрицания, а вторая — срыв.

Ангьял пытается взяться за трудный процесс отрицания, обычный для алкоголика. Почему эти алкоголики так сопротивляются и не ищут лечения? Почему они должны удариться об дно, прежде чем хотя бы признают, что у них проблемы с выпивкой? Почему любой человек, кроме них самих, знает, что они алкоголики — что ослепляет их, не позволяя видеть то, что так легко увидеть всем остальным? Признание того, что ты потерпел неудачу — не беда для уверенного в себе человека, но не для алкоголика, в чьей системе компенсаторная гордость — ключевой элемент, а потеря лица — катастрофа. Перспектива отказа от алкоголического стиля жизни ощущается как угроза — пусть не для жизни, но для собственной целостности. Это — предательство себя, которому нужно сопротивляться любой ценой. Неудивительно, что когда пьянство алкоголиков оказывается под угрозой, они чувствуют, что все разваливается на кусочки, что они близки к обращению в ничто, что они эмоционально умирают.

Второй вопрос, к которому обращается Ангьял, включает в себя две вторичные проблемы. Первая из них — начальное распознавание алкоголизма, вторая — типичная проблема срыва, предмет постоянной заботы любого выздоравливающего алкоголика. Первый из двенадцати шагов АА к выздоровлению — признание себя алкоголиком. Ангьял пишет: «Чтобы принять ответственность, нужно просто и откровенно признать собственную роль во всех своих действиях, и в самодеструкции. Признавая это перед другими, алкоголик отбрасывает свой фальшивый фасад и выходит за пределы ограничений тревожной секретности» (1965, стр. 118). Этот

шаг вперед невозможно сделать без некоторой уверенности, что в будущем алкоголик будет способен жить по-другому. АА дает алкоголикам такую модель. Когда этот шаг сделан, следующий — работа со стыдом и виной. АА считает разрешение вины и стыда труднейшей частью процесса выздоровления. Необходимые составляющие этого, в сущности, изложены в последних девяти шагах. Ангьял пишет: «Есть только один способ обращения с виной — сожалеть о ней. Это значит печалиться о вреде, который был нанесен, и о конструктивных действиях, которые не были совершены; о шансах, которые так и не были использованы, об упущенных приключениях, которые уже невозможны, об обмане тех, кто любил тебя или нуждался в тебе, напрасно пытаясь сблизиться с тобой, чтобы быть полезным» (стр. 136). Но для борьбы со стыдом требуется нечто большее, чем сожаление. Стыд пропадает, только если алкоголик оставляет алкогольный стиль жизни с сильным желанием жить по-другому. Стыд требует измененного самоощущения. Это происходит медленнее и, как правило, труднее.

Разрешение стыда зависит от того, приводят ли усилия и инсайты алкоголика к устойчивым изменениям и реальным последствиям. Оно зависит и от того, идентифицируется ли алкоголик с вновь возникающими паттернами здоровья, и переопределяет ли себя в терминах, радикально отличных от паттернов, ассоциированных с имевшейся Я-концепцией. Ангьял подчеркивает важность этого изменения жизненного паттерна алкоголика: «Просматривая отчеты исправившихся алкоголиков, находишь, что происходящее в них отличается от недолговечных перестроек, если привычка оставляется не только из-за специфических исключаяющих эффектов; обширное изменение установок делает привычку несовместимой с доминирующей системой» (стр. 121). Член АА теперь чувствует, что пьянство несовместимо с его самоопределением как рационального и ответственного человека. По мере разворачивания такого процесса вредоносные элементы стыда сходят на нет.

Ангьял также проводит важное различие между двумя задачами: стать здоровым (трезвым) и остаться здоровым (трезвым). Он считает, что на вторую обращается слишком мало внимания. АА видит опасность незаметной, по небрежности, потери конструктивной ориентации. Паттерн алкоголизма восстанавливается через последовательность маленьких шажков, и может пройти долгое время, прежде чем человек осознает это изменение.

Поэтому для выздоровления алкоголика критически важно избегать прошлых ситуаций, связанных с пьянством. Болезнь обычно изолирует алкоголика ото всех, кто не пьет так же, как он. Продолжение контакта с людьми, с которыми он связан алкогольными отношениями, представляет собой постоянную угрозу новым установкам. Эти новые установки могут «изнашиваться» в рутинном взаимодействии с людьми, считающими, что новое поведение пациента — просто лицемерная поза.

Ангьял утверждает, что сильнейшая защита от будущих срывов и черта, которую АА полагает сущностно важной для развития алкоголика — это чувство смирения. Последнее выражается в том, что алкоголик признает «банкротство» своего прежнего способа жить и отбрасывает алкоголические компенсации и претензии. Ангьял ставит последнюю точку в описании необходимого изменения, прежде чем может быть достигнута трезвость: «Когда член АА, не пьющий ни капли много лет, все еще называет себя алкоголиком, это может звучать преувеличенно или даже абсолютно фальшиво. Однако, эта искренняя самооценка есть буквальная правда, и это — лучшая защита от срыва. Когда алкоголик гордо заявляет, что «бросил это навсегда», он недалек от того, чтобы продолжить пьянку» (1965, стр. 161).

Честность, отрицание и нужда в других

АА и экзистенциальные мыслители видят в отрицании и самообмане корень всего дурного в человеке и источник его отчуждения. Радикальное изменение такой склонности требует бескомпромиссно честной встречи алкоголика со своей нуждой в других. Курц (1982) так говорит об этом:

«В соответствии с точкой зрения АА, человеческие существа, из-за присущей им ограниченности, имеют некоторые нужды. Отрицание сущностных ограничений проявляется обычно не напрямую, а через отрицание своей нужды. У алкоголика отрицание потребности в алкоголе переплетается с отрицанием нужды в других. На ранних стадиях алкоголизма он отрицает, что именно его неудовлетворенная (из-за своей ненасытности) потребность в других заставляет его искать успокоения или возбуждения в алкоголе. Например, «несколько глотков» важнее участников вечеринки, когда алкоголь становится более надежным источником удовлетворения, чем человеческое

общение. Позже, после нескольких неудачных «я могу остановиться, когда захочу» (отрицание нужды в алкоголе), отрицание снова затрагивает потребность в других: «Только оставьте меня в покое — и я смогу бросить сам»» (стр. 73).

Понятия честности и взаимности, упоминаемые Курцем, критически важны для понимания программы выздоровления АА. Их взаимодействие крайне существенно для здорового функционирования индивида. Именно такая комбинация позволяет ему достичь гармонии, необходимой для функционирования в качестве вовлеченного участника этого мира. Как полагают экзистенциалисты, алкоголик в изоляции часто переживает тревогу и отчуждение, которые определяют формирование и актуализацию развернутого состояния, называемого ими экзистенциальным кризисом. Алкоголик не есть часть целого; он не вовлечен и не имеет реальной свободы выбора.

Конечно, это экзистенциальные темы. Отчуждение и неспособность (или отказ) выбирать — характеристики того, что Сартр называет «недобросовестным действием». Аутентичность, такая необходимая часть экзистенциального определения здоровья, невозможна для человека, изолированного от мира и от себя самого.

Курц (1982) описывает борьбу за аутентичное существование — чтобы стать и быть тем, кем ты реально являешься — как самое значительное и полное смысла событие в жизни любого человека. Эта тема также превалирует в экзистенциальной философии, и экзистенциалист Мартин Бубер многократно обращался к данному вопросу в своих произведениях. Он критиковал коллективность общественной мысли, которая сгущает человеческие существа, уменьшая дистанцию между ними. Коллективность для Бубера — это стадный инстинкт, или «толпа», отчуждающая людей, не позволяя им встретиться с другими во всей их уникальности. Бубер, как и Ангъял, чувствует, что наша вина заключается в неисполнении и нераспознавании собственного потенциала и уникальности. Мартин Хайдеггер справедливо замечает, что в такой ситуации мы переживаем первичную вину. Реальная вина, по мнению Хайдеггера, состоит в том факте, что «существование виновно на основании своего существования, и существование виновно в неисполнении себя» — когда не становишься тем, что Хайдеггер называет *das Man* (цит. по Buber, 1964, стр. 390).

Бубер предвосхищает Курца в описании важности Я-Ты для определения необходимого состояния человеческого развития. Как и программа АА, Буберовское понятие Я-Ты подчеркивает важность вовлечения во что-то большее, чем ты сам. Конечно, высшее Я-Ты для Бубера — это личные отношения с Богом. Однако, буберовское Я-Ты есть нечто большее; это конкретный опыт бытия в гармонии с мирозданием. Встреча может случиться, когда человек открыт переживанию подлинных отношений — с другим человеком или с неодушевленным объектом. Даже смутные встречи — микрокосмы высших отношений. По Буберу, связь с кем-то или чем-то может быть опытом, сравнимым с прикосновением к духовной силе, объединяющей индивида с космическим порядком.

Гениальность Бубера не в его формулировке Я-Ты, поскольку это делали и другие до него. Но Бубер — единственный, кто поместил в центр монументального произведения задачу указания на сущностное различие между прямой, взаимной встречей (в которую вступаешь в своем целостном бытии, полностью присутствуя) и непрямыми, невзаимными отношениями субъекта с объектом, Я-Оно.

Как и Ангял, Бубер понимает необходимость автономии, или способности поддерживать отношения в сфере Я-Оно. Он говорит об отдельности Я в позитивных терминах, потому что развитие этого Я позволяет вечному Ты встретиться со всей его уникальностью. Следовательно, отдельное Я в его системе необходимо по ряду причин. Бубер чувствует, что человеческое существо есть нечто большее, чем просто разумное животное. Животные, по Буберу, не нуждаются в подтверждении своего бытия, поскольку они бесспорно являются тем, что они есть. Люди же нуждаются в том, чтобы присутствовать в бытии «другого». Их самосознание, таким образом, выше, потому что здесь присутствует элемент выбора. Одно человеческое существо, в силу отдельности своего Я, может встретиться с другим человеческим существом как с Ты, и в этой встрече они оба способны познать парадокс своей уникальности и своей схожести.

Параллельная тема у Ангяла и Бубера — та важность, которую они придают тому, чтобы человек, будучи автономным, был способен не контролировать, становясь частью динамического целого. Как утверждает Ангял, «Сами в себе мы — ничто. Мы —

послание, вызываемое к жизни, только когда кто-то понимает и подтверждает его». Терапевт в видении Бубера отличается от психолога, проясняющего что-то путем обращения к собственному Я — в самонаблюдении, самоанализе и эксперименте, связанном с тем, что он знает из литературы и из наблюдений. Буберовский терапевт вместо этого должен войти, полностью и в реальности, в акт саморефлексии, чтобы осознать человеческую целостность. Другими словами, терапевты должны осуществить акт вхождения в это уникальное измерение, как акт своей жизни, без каких-либо предварительных философских гарантий; они должны показать себя всему, что может им встретиться во время, пока они реально живут.

Из этого следуют глубокие следствия для терапии. Люди, обращающиеся за лечением, обычно изолированы, и для того, чтобы прикоснуться к здоровому потенциалу внутри себя, им необходима способность вступать в подлинно взаимный диалог. Вот почему актуальная встреча двух людей может прервать спираль изоляции, подчинившую себе жизнь алкоголика. Акцент Бубера в терапии состоит в исцелении-через-встречу — неотъемлемую часть подлинного диалога.

Как утверждает Бубер, ключевой шаг в АА — самотрансценденция, включающая новые отношения с другими, которые признаются такими же ограниченными, как и мы. Такой сдвиг перспективы требует признания того, что «быть полностью человеком» значит «нуждаться в других». Для алкоголиков это — непростая задача. Курц считает, что ее еще усложняет тяжелое чувство стыда, сопровождающее их алкоголизм. Фактически, Курц считает, что АА работает именно потому, что работает со стыдом.

Глава 6 была целиком посвящена объектным отношениям, Я-психологии и патологии характера в их связи с аддикцией и с групповой психотерапией. Определения Кохута здесь повторяться не будут, но полезно отметить много параллелей, существующих между стыдом, как описывает его Курц, и Кохутовским определением нарциссизма.

АА: точка зрения Я-психологии

Рассмотрение аддикции как расстройства Я (самости), и феномена нарциссизма — как проблематичного выражения потребности в отзывчивости Я-объекта, помогает привести альтернативное

объяснение того, почему АА и другие двенадцатишаговые программы так успешно работают с химически зависимыми людьми. Я-психологи придерживаются многих базовых положений, которые считаются существенными для лечения нарциссических нарушений. Кохут видел в нарциссическом расстройстве реакцию на повреждение самости, и считал опыт связи Я с Я-объектом ключевым для психологического здоровья и роста. Кохут подразумевает, что существует обратная пропорция между ранним опытом позитивной отзывчивости Я-объекта и склонностью обращаться к алкоголю, наркотикам и другим источникам удовлетворения как к замене этих недостающих или угрожающих отношений. И наоборот, если нужно успешно прекратить такие неверно направленные попытки самовосстановления, люди должны научиться замещать их здоровыми межличностными отношениями, в которых потребности в отзывчивости Я-объекта (Отражение, Слияние и Идеализация) постепенно и надежно удовлетворяются.

АА и другие двенадцатишаговые программы выполняют эти задачи многими способами. Во-первых и в-главных, АА обеспечивает предсказуемое и последовательное поддерживающее окружение, которое позволяет аддиктам и алкоголикам удовлетворить потребность в Я-объекте таким способом, который не является ни эксплуатирующим, ни деструктивным или постыдным. Из-за неудовлетворенности потребностей развития, аддикты или алкоголики имеют такую сильную и подавляющую потребность (Объектный Голод) в человеческой отзывчивости, что они считают ее ненасытной и стыдятся своей нужды. Через идентификацию с другими алкоголиками и наркоманами они приходят к принятию в себе того, чего не могли принять раньше, потому что верили в уникальность своей «плохости». Вот что сказал один начинающий выздоравливать алкоголик о своем первом опыте в АА: «Я рассказал всем все эти ужасные, мерзкие и постыдные вещи о себе, и вместо отвращения получил от каждого присутствующего его номер телефона». Принятие на таком уровне эмоциональной уязвимости может быть выносимо для аддиктов и алкоголиков, потому что они чувствуют себя понятыми на самом базовом эмпатическом уровне. Эмпатия и эмоциональная настройка — не только краеугольный камень лечения для Я-психологии, но также и основание, опираясь на которое химически зависимый индивид мо-

жет начать чувствовать отзывчивость и удовлетворение, которых ему не хватало, и которые он раньше был неспособен переносить.

АА, как поддерживающая среда, становится также и переходным объектом — здоровой зависимостью, обеспечивающей достаточную сепарацию, чтобы предотвратить слишком сильную зависимость от какой-либо одной персоны, пока не завершатся индивидуация и интернализация. Постепенно алкоголики и наркоманы становятся способны отказаться от грандиозных защит (нарциссизм) и фальшивого Я (персоны) ради исследования себя самих (подлинной самости), какие они есть в реальности. С экзистенциальной точки зрения, конфронтация между тем, чем они пытались быть, и тем, что они в реальности есть (не-Бог), имеет результатом прекращение недобросовестной жизни («in bad faith») (алкоголик) и возможность стать более аутентичным («Привет, я Джо, выздоравливающий алкоголик») — со всеми ограничениями, которые на них накладывает аутентичная жизнь. Они постепенно оставляют инфантильные способы заставить других удовлетворять свои потребности ради более зрелых способов установления близкого человеческого контакта (устранение дефектов характера в процессе работы по программе). Алкоголик или наркоман способен также по большей части интернализировать заботу о себе и модуляцию аффектов (преобразующая интернализация). Центральная тема в этом процессе — принятие своего Я как чего-то, что просто есть. Это требует работы со стыдом за себя, который ранее скрывался.

Ханзян (1994) считает, что АА изменяет алкоголиков, потому что программа способна проникнуть за нарциссические защиты гордыни. Первичной причиной страдания алкоголиков, по Ханзяну, является неспособность контролировать свое пьянство и себя самих. Неспособные признать свою уязвимость, они остаются изолированными, одинокими и отрезанными от себя и других. Того, что им нужно делать (признаться в своей уязвимости перед другими), они делать не могут — из-за стыда и своей характерологической грандиозной защитной позы. АА работает, поскольку после инициации в программе устанавливается контакт с другими, и через продолжающееся взаимодействие с другими алкоголики могут изменить дисфункциональный межличностный стиль, который до этого момента доминировал в их жизни. Ханзян объясняет, что только через такое поддержание контакта с другими может быть

вылечено расстройство самости. Он выделяет четыре аспекта в затруднениях алкоголика: (1) отношения с эмоциями; (2) самооценка, или недостаток здорового нарциссизма; (3) взаимно удовлетворяющие отношения; и (4) забота о себе. Он соглашается с Курцем в том, что стыд делает трудными (если не невозможными) договоренности и контакты со многими практикующими алкоголиками.

АА: лечение стыда и нарциссизма

Курц (1981) говорил, что есть два разных способа чувствовать себя плохо — стыд и вина. Стыд — гораздо более мощная и примитивная эмоция. Вина подразумевает плохое самочувствие из-за чего-то, что ты сделал. Это нарушение правил, и фокус находится в поведении и действии. Я обещал встретить тебя после работы и проводить домой. Я не выполнил своего обещания, поэтому я чувствую себя плохим или виноватым из-за того, что я сделал. Стыд — это общий недостаток до цели, и он касается ощущения себя недостойным. Стыд ударяет в самую сердцевину нашего бытия. Я чувствую плохим не то, что сделано, но то, кто или что я есть. Вина исправляется некоторым количеством усилий — переделыванием заново или коррекцией поведения. Стыд может быть вылечен только качественно — пере-бытием того, что я есть; для этого требуется превращение или новое самоощущение.

С точки зрения Курца, лечение стыда — гораздо более замысловатый и трудный процесс, чем лечение вины. Стыд нельзя вылечить разговором о нем. Он может быть исцелен только через уязвимость. Мы не можем соприкоснуться с болью другого без контакта со своей собственной. Поэтому лечение, которое не только позволяет алкоголикам понять, что их собственная боль не постыдна, но и позволяет им ощутить связь и идентифицироваться с чужим стыдом и болью, учит их тому, что поделиться болью с другим может быть целительно. Алкоголики научаются принимать в других те аспекты себя, которых они стыдились. Прежде, чем пациенты смогут быть излечены, они должны понять, что они могут быть приняты другими такими, как есть. Такой процесс инициируется принятием в другом постыдных аспектов самого себя.

Взаимность, таким образом, становится ключевым аспектом терапии. Вот почему АА и групповая терапия работают, в то время как индивидуальная часто терпит неудачу. И АА, и групповая психотерапия позволяют разорвать цикл межличностной изоля-

ции, центральный для становления стыда. Все алкоголики боятся, что обнаружится то, чем, как они чувствуют, они в действительности и являются, что они упадут в чужих глазах, и их будут игнорировать. Показать свое реальное Я очень страшно, поэтому нужно подтверждение от других в процессе взаимного самораскрытия. Смушение — это переживание человека, выставленного на обозрение и приведенного в контакт с постыдными частями своего скрытого, подлинного Я. Когда алкоголики встречаются с конфронтацией, они вынуждены осознавать внутреннюю неконгруэнтность и фальшивое Я, свой защитный фасад. Под ним находятся страх и стыд. Эти чувства могут быть разрешены только конфронтацией и постоянным подтверждением от других, что они принимают открывшееся подлинное Я.

Стыд подразумевает ощущение разоблачения. Последнее представляет собой чувство, что тебя застигли врасплох, и на тебя смотрят. Стыд усиливается при демонстрации своего Я самому себе, заставляя переживать унижение. Как правило, Я отказывается видеть себя, и это — базис алкоголического отрицания и самообмана. Стыд возникает, когда Я проламывает обманный фасад фальшивого Я. В терапии Я должно встретиться со своим испугом и быть увиденным так, как есть. Для алкоголиков, подверженных огромному страху конфронтации со своим подлинным Я, такое его выставление требует не только пронизательности, но и смелости.

Курц (1982) проводит несколько важных параллелей между экзистенциальной позицией неаутентичности и «фальшивым Я» Винникотта (см. Главу 6) и теоретиков объектных отношений. Курц описывает, как это фальшивое Я зарождается:

«Иногда, из-за этого ужаса, человек будет диссимулировать при презентации себя другим, пытаясь подавить боль отделенности завоеванием признания и принятия. В той степени, в которой он добивается успеха, он будет переживать странное, неназываемое опасение, застревая в непростом состоянии, которое он находит одновременно болезненным и искажающим» (стр. 61).

Курц считает страх показать другим свое подлинное Я причиной нечестности и самообмана. Как только привычка к нечестности установилась, она ведет к искажению «зрения» алкоголика.

«Из-за нежелания или неспособности сказать правду о том, кто он есть, такой человек в глубине души считает себя притворщиком. Он не только стыдится иметь секретное, некрасивое, нелегитимное Я и скрывает его. Духовное бремя не-проявления личности, которая «есть», или не-«бытие» той личностью, которая проявляется — обширное и намеренное смешение действительного и кажущегося — невыносимо для прямого взгляда. Отчаявшись достичь целостности, которой жаждет, человек начинает хвататься за иллюзию: раз уж нельзя сделать публичным свое приватное Я, надо приказать приватному Я соответствовать публичному. Этот выбор соблазняет к полной потере правды — не столько «произносимой», сколько знаемой» (стр. 61).

В большинстве своем люди, алкоголики и неалкоголики, часто не осознают, что они фальшивы, нереальны и неаутентичны. Они не знают о другом существовании. Они в конце концов приходят к убеждению, что их фальшивое Я реально, потому что без этого защитного фасада они не имели бы ничего. Таким образом, им кажется, что близится катастрофа, когда их фальшивый фасад находится под угрозой. Они почувствуют себя разоблаченными, ощутят стыд и страх небытия.

Здесь, в области построения фальшивого Я, Курц и экзистенциалисты едины с Кохутом и психологией самости в объяснении парадокса существования и выздоровления алкоголика. Кохут считает нарциссизм защитным фасадом, принятым постольку, поскольку подлинное Я либо фрагментировано, либо слабо или не спаяно. Разоблачение такого беззащитного подлинного Я перед миром — это риск, которого нужно избегать любой ценой. Курц называет такое глубокое чувство недостойности и смущения стыдом, и утверждает, что это чувство, донимающее каждого алкоголика. Алкоголику, с точки зрения Кохута, недостает спаянности Я, и он постоянно ищет подтверждения других, или объединяется с могущественным другим, чтобы поддержать свою самооценку.

С точки зрения Кохута, именно поэтому АА — настолько эффективная лечебная программа. Кохут определяет нарциссическое расстройство по присутствию трех типов трансферентных искажений (см. Главу 6). Они или идеализируют, или испытывают зеркальный голод, или склонны к слиянию. АА же обеспечива-

ет им идеализированного другого (программу АА, принципы АА и т.д.) или конкретную, достижимую цель. Если алкоголики делают то, чего требуют принципы программы АА, они получают все то отражение и подтверждение, в котором нуждаются. АА примет их — не важно, что они совершили в прошлом — и всегда будет здесь для них, в любое время в будущем, когда они захотят или будут нуждаться в этом. АА — постоянная «достаточно хорошая» мать, которая служит переходным объектом, пока принципы программы не интернализуются. АА также обеспечивает идеализированных других (спонсоров и трезвых членов), с которыми алкоголик может слиться. Слияние с идеализированным другим служит контейнером для истощенного Я алкоголика. Те алкоголики, чья нужда в подтверждении неутолима, будут получать аплодисменты других членов АА столько времени, сколько будут оставаться трезвыми. Некоторые члены АА могут приобрести качества «гуру». Тогда они гарантируют себе отражение, которого жаждут, и будут делать все необходимое (трезвость), чтобы убедиться, что этот источник подтверждения никогда не иссякнет. В то же время, они будут служить идеализированными другими для других выздоравливающих алкоголиков.

Однако, опасность, по Кохуту, состоит в том, что нарциссические индивиды могут прийти к убеждению, что их фальшивое Я — это и есть Я подлинное. Они могут быть обмануты своими нарциссическими и грандиозными фантазиями. Курц называет это отказом алкоголиков принимать ограничения в своих стремлениях. Они не только увязают в своем нарциссизме, но и испорчены собственной грандиозностью.

Дилемма алкоголиков — хотение большего при удовлетворении меньшим — аналогична дилемме любого человеческого существования. Как разумные существа, все мы способны представить себе положение дел, которое не существует в настоящее время. Посредством устройства, называемого разумом, мы можем проецировать в будущее набор обстоятельств, приводящих в движение то действие, которое изменит настоящее. Следовательно, мы можем планировать, достигать и создавать состояние дел, которое не существовало бы, если бы не наши действия. Мы способны воздействовать на других и делать вещи другими. Чем большего мы достигаем, тем больше мы верим в свои достижения. Чем больше мы верим в свои достижения, тем больше мы обманываем себя

мыслью, что мы уникальны, особенны и безграничны. Нас гипнотизирует ощущение своей уникальности, и мы теряем ту грань, которая позволяет нам достигать, создавать и улучшать свою жизнь. Мы начинаем верить в свою божественность. Мы верим, что достигли абсолютного контроля, и теряем смирение, и это удерживает нас от того, чтобы быть собой.

Следовательно, жизнь содержит в себе постоянный парадокс. С одной стороны, люди — смертные существа, с другой — они бесконечны в своих желаниях. Невозможно избежать влияния собственных успехов. За все наши достижения нам приходится платить заблуждением — верой в свою особость. Без стремления к величию мы бы оставались заурядными. Мы постоянно получаем напоминания о том, что есть совершенство выше нашего понимания. Чарльз Фрэнкел (Charles Frankel) резюмирует эту дилемму так:

«Как бы люди ни старались, ничего не поможет — они захвачены в плен локальными обстоятельствами, ограниченным видением и личным, полностью и слишком личным Я. С эгоизмом связаны даже самые высокие взлеты их альтруизма; есть связь с чем-то личным, включающим себя и пристрастным в их мыслях, даже когда они верят в свою высшую объективность. И все же, несмотря на тот факт, что люди — пленники необходимости на этом пути, они также и свободны. Они не могут поддерживать какую-либо точку зрения, кроме относительной, или иметь что-либо, кроме ограниченного понимания совершенства. Но они могут знать, что есть совершенство выше их понимания. Они могут видеть больше своих собственных локальных обстоятельств, понимая, что возможна другая точка зрения, и верить, что есть такая вещь, как безличность и объективность. Короче говоря, человек — это создание, напряженно живущее между двумя мирами: один — актуальный, ограниченный мир, в котором он живет, и от которого он не может не чувствовать себя отчужденным; другой — идеальный мир, по которому он тоскует, но из которого он навсегда исключен. Быть разочарованными идеалистами — общая и извечная судьба всех людей. Целостная моральная жизнь человека требует, чтобы он «искал невозможной победы и приспособлялся к неизбежному поражению» (стр. 88).

Источник всех наших достижений есть также источник нашей злобы и глупости. Аргументы Фрэнкела убеждают, что наши пороки и добродетели имеют общее происхождение. Следовательно, все, что делают люди, испорчено. Наши триумфы искушают нас забыть свои слабости, и вместе с ростом нашей власти и силы растет наша гордость и догматизм. Однако, Фрэнкел считает, что если бы человеческие существа не могли заглядывать дальше ближайшего будущего, они бы не были подстрекаемы своими желаниями чего-либо лучшего, и ни один из их последующих триумфов не был бы возможен. Однако, за знание приходится платить бременем познания. Понимание достигается ценой знания о том, что смерть и страдание есть часть жизни. Такое понимание порождает тревогу — это то, что отделяет человека от животных. Вот почему мы никогда не можем достичь простого счастья, которое переживают животные — ведь они, в отличие от людей, несомненно являются тем, что они есть. Фрэнкел описывает неизбежную для каждого экзистенциальную дилемму, которая является источником самообмана у алкоголика:

«Но тревога является и источником чего-то другого — а именно, греховности человека. Боль тревоги побуждает людей попытаться ее избежать. Они погружаются в чувственность, стараясь забыть, что есть нечто по ту сторону непосредственного. Они теряют себя в фанатизме, стараясь убедить себя, что принесли Абсолют на землю. Они пытаются урезать свои стремления и впадают в цинизм, или, тщась раздуть свои силы, впадают в гордость и высокомерие. Одним словом, они стараются отождествить собственные ограниченные и относительные силы с Абсолютом. И это есть первородный грех. Грех — наркоз души; это вечное искушение, которому люди неизбежно должны поддаваться» (стр. 89).

Первородный грех, как определяет его Фрэнкел, существует благодаря поеданию человеком плода познания. Целенаправленное мышление ведет мужчину и женщину к изгнанию из Райского Сада, где они разделяли простое счастье животных, не сомневающих в своем существовании. Это мышление порождает в людях раскол между абстрактным и конкретным. Сознательность приводит к проблемам, потому что она подразумевает дуализм, где ничто является чем-то реально существующим. Бейтсон (Bateson,

1971) описывает этот конфликт в мышлении как эпистемологическую ошибку, оставшуюся от философского наследия Декарта, который и создал это расщепление (субъект-объектный дуализм). Алкоголики пытаются симулировать контроль, когда возможности контроля не существует. Никто не может реально контролировать себя, потому что нет «Я», чтобы контролировать. Я — только абстракция. Бейтсон считает это ошибкой в мышлении (т.е., симметрией, говоря его словами) и в бытии (т.е. в эпистемологии). Люди вовлекаются во внутреннюю войну, в которой алкоголизм становится полем боя. АА просит алкоголиков прекратить войну, и вместо того, чтобы думать симметрично, подходить к жизни комплементарно. Как говорит Бейтсон, АА побуждает алкоголиков отказаться от некорректной эпистемологии, и вследствие этого они не будут больше пытаться делать невозможное, то есть контролировать себя. Скорее, они примут себя такими, как есть. Курц (1982) суммирует эту позицию так:

«Гуманистические мыслители, изучающие феномен человека, как напоминает нам экзистенциальная мысль, должны сторониться императива контроля. Человеческое существо, как человек, не есть ни инструмент, ни только объект — поскольку что такое «объект», если не еще один потенциальный инструмент? Картезианский субъект-объектный дуализм неизмеримо увеличил человеческое знание и контроль над вещами. Однако, примененный к личностям, он, как показывает опыт АА на ниве лечения алкоголизма, не только огорчительно недостаточен, но трагически деструктивен. Субъект-объектный дуализм, с его требованием «объективности», видит достижение истины актом скорее завоевания, чем откровения. Дуалистический стиль и подход, таким образом, совершает насилие над человеческими ценностями. Обращение с людьми, как с вещами, может только усилить отчуждение. Такой подход скорее подпитывает, чем излечивает алкоголизм» (стр. 47).

Глава 8.

Диагностика и лечение аддикций

Лечение зависимостей, которое никогда не было легким предприятием, в последние двадцать лет стало еще более комплексным и трудным. Этому возрастанию сложности способствует множество разнообразных факторов, и самый последний из них — это рост употребления наркотических препаратов, как легальных, так и нелегальных. Когда-то лечение аддикций занималось почти исключительно алкоголем и алкоголиками, и в большинстве случаев таким алкоголиком был белый мужчина сильно за тридцать или за сорок. Возросший уровень употребления нелегальных наркотиков — таких, как марихуана, героин и кокаин — наряду с быстрым распространением вновь разработанных препаратов (*designer drugs*) среди всех членов общества (мужчин, женщин, подростков, детей), независимо от возраста, расы, вероисповедания, социально-экономического статуса и этнического происхождения, значительно усложнило картину лечения. Стоит прибавить к этому недавнюю фармакологическую революцию в этой стране, принесшую с собой не только множество преимуществ, которые фармакология предоставляет массе населения, но также и равное количество потребителей, оказавшихся зависимыми и злоупотребляющих такими препаратами, как амфетамины и транквилизаторы. Поэтому неудивительно, что специалисты по лечению аддикций оказались в лабиринте противоречивых и конфликтующих между собой установок и рекомендаций в отношении лечебных стратегий и подходов. Еще более усложняет проблему растущее число недугов или расстройств, которые теперь тоже считаются аддикциями, даже если они ничего общего не имеют с приемом химических веществ (гемблинг, сексуальная аддикция, работоголизм и т.д.). Последний влияющий фактор — это недавние перемены в экономическом климате, особенно страхование и покрытие издержек третьей стороной. Страховые компании, в чьи полномочия входит возмещение убытков и финансовые аспекты помощи, сами подпадают под все возрастающее давление конкуренции, заставляющее снижать

цены и продвигать менее дорогостоящие формы лечения зависимостей.

Лечение аддикций, как и употребление химических препаратов, не происходит в вакууме. Нельзя понять и объяснить его вне социального и культурного контекста. Установки общества по отношению к употреблению химикатов и лечению быстро изменяются, и этот сдвиг играет замысловатую роль как в том, каким образом происходит лечение зависимостей, так и в том, почему употребление химических препаратов в нашем обществе все увеличивается. Говоря конкретнее, наше общество стало нарко-ориентированным. Будь то запрещенные наркотики, такие как героин, или узаконенные, непризнанные таковыми «не-наркотические» вещества, такие, как никотин или кофеин, проблема остается все той же. Мы принимаем наркотики, чтобы оживиться и воспрянуть духом, и мы принимаем наркотики, чтобы успокоиться. Начиная утро чашкой кофе, днем мы принимаем аспирин, а заканчиваем ежевечерним мартини; наша культура научилась все больше и больше полагаться на наркотики как на эффективное средство, призванное помочь нам справиться с ежедневным жизненным стрессом. Многие считают, что нынешний рост употребления наркотических средств отражает общекультурное изменение установки в отношении наркотиков, в которых стали видеть приемлемый путь разрешения проблем (Ray, 1972, Johnson, 1973).

Существует ряд причин для роста числа употребляемых в нашем обществе наркотиков. В нашем в целом изобильном обществе каждый человек довольно рано научается тому, что наука и технология найдут решение любой проблемы, как только она будет идентифицирована. Благодаря нынешней скорости социальных и технологических перемен ожидание быстрых решений глубоко и прочно укоренилось в нашей культуре. Наркотики обеспечивают как раз такие быстрые решения. Рост употребления веществ (и злоупотребления ими) можно считать частью быстро развивающейся биологической революции, один из аспектов которой — революция фармакологическая. Одно из наиболее интересных, но наименее изученных культурных изменений — это употребление психоактивных препаратов скорее из-за их воздействия на умы, чем на тела. Мы перешли от препаратов, излечивающих тело, к препаратам, излечивающим разум. Впервые мощные химикаты, ясно обо-

значаемые как наркотические препараты, широко употребляются здоровыми людьми из-за своего социального удобства.

Появление подобного общественного ожидания мгновенного фармакологического ответа на любые недуги было заметно облегчено тем, что наркотики сулили разрешить большинство наших личных проблем. Рынок изобилует увещеваниями использовать наркотики для облегчения широкого спектра дискомфортных ситуаций. Такая реклама не лжива, она лишь вводит в заблуждение. Эти ошибочные концепции, способствующие нереалистическим ожиданиям, еще усугубились благодаря истовой поддержке профессионалов, содействующих потреблению, назначению и использованию различных веществ. Поддержка врачей помогла узаконить использование наркотических препаратов в нашей культуре теми людьми, которые в нормальных обстоятельствах не потерпели бы их употребления. Все это — вопрос иллюзий и ложных допущений, а также следствие краха попыток рассматривать наркотики иначе, чем в определяемых культурой терминах.

В связи со всеми этими обстоятельствами наша культура становится все жеманнее в вопросах признания некоторых препаратов наркотиками, в то же время демонстрируя преувеличенную тревогу из-за развлекательного использования других веществ. Эта несообразность, похоже, является одним из показателей прочного укоренения данного наркотика в обществе. Многие люди не способны увидеть, что их потребность в чашечке кофе, сигарете, коле или пиве хоть в какой-то степени связана с употреблением наркотиков (и злоупотреблением ими). Недавний переход антипсихотических, противотревожных средств и антидепрессантов из больничной аптеки в домашние аптечки — ничто иное, как современная версия принятия кофеина, никотина и очищенных спиртов в качестве неотъемлемой части американского образа жизни.

Социальные установки, касающиеся использования наркотиков как простого и приемлемого способа разрешения некоторых трудностей, также отражаются и на отношении к определению и лечению аддикции. То, что в одном случае будет нормальным или приемлемым употреблением, в другом может считаться неправильным употреблением, злоупотреблением или даже аддикцией. Отношение к использованию наркотических препаратов и критерии, применяемые для определения аддикции, диктуют то, как, когда и каким образом она будет лечиться. Конечно, путаница в

критериях — одна из базовых причин существования такого количества противоречивых рекомендаций и определений зависимости. В то время как некоторые исследователи (обычно те, что принадлежат к академическим кругам) видят в аддикции дурную привычку, которая должна быть изменена (такую же, как привычка грызть ногти), другие (обычно практики, работающие с аддикциями в лечебном контексте) видят в ней расстройство, ставящее вопрос о жизни и смерти, и влекущее за собой множество духовных, физических и психологических последствий. Первая группа часто называет альтернативами лечения бихевиоральную терапию и когнитивный рефрейминг. Проводятся исследования и печатаются статьи о том, как важно, чтобы характеристики пациента и его отношение к жизни соответствовали тем лечебным методам, которые употребляются в работе с ним. Часто рекомендуется спрашивать аддиктов, имеющих мозговые нарушения, предпочитают ли они умеренное употребление химикатов или абстиненцию в качестве альтернатив лечения, словно спрашивая, как им подать бифштекс — с кровью или хорошо прожаренным.

Я отнюдь не подразумеваю того, что альтернативные подходы к лечению зависимостей не должны исследоваться. Суть в том, что различные социальные и культурные установки, касающиеся употребления наркотиков и алкоголя, порождают подобные же установки в вопросе о возможностях лечения и в определениях того, что, в сущности, представляет собой аддикция. Разумеется, тот, кто позволяет себе немножечко выпить, не имея предшествующей истории социальных, юридических, духовных, брачных, физических, психологических или экономических последствий пьянства, должен быть ознакомлен с иными вариантами, если он справится о рекомендациях или попросит руководства в вопросе употребления алкоголя. Но сколько таких людей будет добровольно стремиться к лечению? Должен быть тщательно взвешен не только вопрос о дифференциации критериев, но и проблема этических последствий применения альтернативного лечения, имеющего малую практическую ценность или чреватого негативными побочными эффектами. Для иллюстрации этого утверждения приведу случай из практики:

Двадцатидвухлетний студент последнего курса колледжа одного из местных университетов записался на первичный при-

ем к терапевту, жалуясь на злость и депрессию. На первом же интервью терапевт узнал, что гнев и склонность к скандалам проявляются тогда, когда молодой человек сильно накурится марихуаны или напьется с приятелями. Депрессия обычно следует за подобными «тяжелыми вечеринками». На вопрос о том, не перебарщивает ли тот с употреблением наркотиков, пациент ответил, что, мол, не больше и не меньше, чем все остальные друзья, с которыми он кутит. Больше не было никаких тревожных симптомов, связанных с употреблением каких-либо веществ — таких, как пьяное вождение, плохая академическая успеваемость и т.д. Серьезных оснований для диагноза аддикции, зависимости или даже злоупотребления обнаружено не было. Однако, пациент с готовностью признал, что его отец, весьма успешный врач — выздоравливающий алкоголик, регулярно посещающий встречи АА. На вопрос терапевта, задавался ли юноша когда-либо вопросом, не может ли и он тоже быть алкоголиком наподобие отца, тот признался, что «такая мысль закрадывалась». Терапевт предложил ему посетить несколько встреч АА, чтобы проверить, так ли это — посмотреть, не обнаружит ли молодой человек, что он и впрямь алкоголик, как и его отец. Молодой человек с готовностью согласился, а когда через неделю вернулся на следующую сессию, его настроение драматически изменилось. Он посещал встречи АА каждый день всю прошедшую неделю и решил позвонить отцу, чтобы поделиться с ним своими тревогами. Молодой человек продолжал свои еженедельные терапевтические сессии и почти каждый день присутствовал на встречах АА — до тех пор, пока через четыре месяца не закончил университет. Тремя годами позже, вновь приехав в этот город, он позвонил терапевту, чтобы назначить еще одну встречу. Едва войдя в кабинет, он сообщил, что дела его идут хорошо, и что он только что успешно приступил к новой работе. Трезвый и все еще активный член АА, он признался, что его все еще сверлят сомнения по поводу своего диагноза, и что главная причина его просьбы о встрече заключается в том, чтобы спросить терапевта, почему тот посчитал его алкоголиком? Ему хотелось бы знать, не стоит ли «снова попробовать немного выпить»? Он был несколько встревожен и обескуражен, услышав в ответ, что терапевт никогда не ставил ему диагноза

«алкоголизм». Терапевт напомнил ему, что вопрос звучал так: «А Вам когда-нибудь приходил в голову вопрос, не можете ли и Вы оказаться алкоголиком?». Далее следовало предложение «проверить это», посетив несколько встреч АА. Терапевт напомнил ему о том, что он сам поставил себе диагноз. Для того, чтобы переварить это, молодому человеку потребовалось несколько минут, а затем он произнес: «Я больше не считаю себя алкоголиком. И что же я должен делать, как по-Вашему?». Не моргнув глазом, терапевт ответил: «Ну, Вы всегда можете это проверить». Несколько озадаченный подобным ответом, молодой человек признал, что риск обнаружить, что он и вправду алкоголик, начав снова пить, слишком велик. Он лицезрел буквально сотни людей из программы, которые возвращались к пьянству или к наркотикам, и в каждом случае результат был катастрофическим. К концу сессии он пришел к заключению, что вопрос о том, является он алкоголиком или нет — не из тех, которые он хотел бы проверять эмпирически, и что он спокойно может жить дальше со своими сомнениями и неуверенностью в правильности диагноза.

Критерии аддикции

Любая сфера человеческого поведения включает в себя целый спектр, от «нормального» или «среднего» до «ненормального» или «чрезмерного». Употребление алкоголя или наркотиков — это такая же сфера поведения, и, как таковая, содержит аналогичный спектр. В определенном культурном и социальном контексте между абстиненцией и чрезмерным потреблением алкоголя или наркотиков может находиться довольно большой приемлемый промежуток. Нигде это не проявляется столь драматически, как среди американских индейцев. Различные племена, даже живущие практически по соседству, такие, как Пима в центральной Аризоне и Хопи, обитающие севернее резервации Пима, разительно отличаются друг от друга по уровню потребления алкоголя и распространению алкоголизма. Если для Хопи алкоголизма практически не существует, то показатели алкоголизма среди Пима превышают средненациональные в четыре-пять раз. Сложившееся в культуре отношение к приемлемому уровню потребления алкоголя, похоже, попало любые другие факторы, определяющие, каков нормальный (или допустимый) уровень употребления наркотиков.

«Нормальное» употребление: как и в случае любого другого поведения, термин «нормальный» обусловлен культурой. К примеру, пропустить стаканчик (алкоголя) или выкурить немного марихуаны на каком-либо социальном мероприятии считается нормальным (приемлемым) поведением в среде многих, но не всех социальных групп. Нормальное — не означает законное. Алкоголь был запрещен в Соединенных Штатах с 1919 по 1932 год; никотин (курение сигарет) был запрещен во многих штатах в 20-е годы; марихуана запрещена сейчас. Однако их умеренное употребление в некоторых социальных группах считалось (и считается) нормальным, невзирая на их нелегальный статус.

Злоупотребление наркотиками: Злоупотреблением считается постоянный прием наркотиков для немедицинских целей (для кайфа, «улета» и проч.). Прием морфия может считаться нормальным для избавления от боли, но станет восприниматься как злоупотребление наркотиком, если принимать его для облегчения депрессии. Некоторые работники этой сферы применяют другой термин — *употребление наркотических веществ и медицинских препаратов не по назначению*. В данном случае вещество употребляется в медицинских или терапевтических целях, но неверно: к примеру, если врач прописывает пенициллин при вирусной инфекции (обычной простуде), или когда люди принимают витамин Е для улучшения сексуальной способности.

Компульсивное злоупотребление (употребление не по назначению): компульсивным злоупотреблением считается поведение, при котором человек чувствует, что наркотик необходим ему для поддержания хорошего самочувствия. Примером могут служить заядлые курильщики, переживающие «никотиновые припадки», если какое-то время остаются без курева, и люди, не способные прожить дня без Либриума и т.п. Иногда в этих случаях используется термин *привыкание*.

Аддикция: так в рамках определенной культуры называется поведенческий паттерн злоупотребления, который характеризуется чрезмерной вовлеченностью в добывание и употребление наркотика. Наркотик пронизывает всю жизнь человека. Такой тип поведения отличается от компульсивного злоупотребления лишь количественно. К примеру, заядлый курильщик может попасть в эту категорию, если сигареты внезапно запретят, а цены на них взлетят до 50\$ за пачку. В Германии после Второй Мировой войны ад-

диктивные курильщики продавали за сигареты талоны на еду или занимались проституцией.

Фармакологи стараются избегать слова «аддикция» из-за того, что оно противоречиво и наполнено скрытым смыслом, не имеющим ровно никакого отношения к фармакологии. В результате экспертная комиссия по медицинским препаратам Всемирной Организации Здравоохранения выработала термин *наркотическая зависимость* (*drug dependence*): состояние психологической и/или физической зависимости (см.определение ниже), вызванное хроническим употреблением вещества. Природа подобной зависимости будет различной в зависимости от того, о каком веществе идет речь, так что комитет ВОЗ описал некоторые особые типы наркотической зависимости:

- (1) опиатный тип;
- (2) алкогольно-барбитуратный (депрессантный) тип;
- (3) амфетаминовый (стимуляторный) тип;
- (4) галлюциногенный (ЛСД и проч.) тип;
- (5) каннабиноловый (марихуанный) тип.

У такой системы есть, по меньшей мере, три преимущества: 1) она гибка, то есть, по мере обнаружения новых категорий наркотиков, вызывающих злоупотребление, они могут быть добавлены к списку; 2) кроме того, она признает, что зависимость от одного типа наркотических веществ, к примеру, от алкоголя, может сильно отличаться от зависимости другого типа, скажем, от марихуаны. В случае алкоголя возможны психологическая и физиологическая зависимость. От марихуаны возможна лишь психологическая зависимость — по крайней мере, по тем данным, которые имеются в настоящее время; и 3) употребление термина «зависимость от наркотических веществ» перемещает акцент с человека на наркотическое вещество как таковое. Слово *аддикция* описывает человеческое (чрезмерное) поведение; термин *наркотическая зависимость* описывает свойства или характеристики наркотических веществ.

Толерантность

В придачу к физической и/или психологической зависимости, наркотическая зависимость часто сопровождается феноменом *толерантности*. Определенная доза препарата при повторном приеме (если разрыв по времени между приемами не слишком велик) про-

изводит меньший эффект. Можно посмотреть на это по-другому: все большая и большая доза нужна для того эффекта, который изначально был достижим с помощью меньшей дозы. Не все наркотики вызывают толерантность, и никакое наркотическое вещество не будет вызывать толерантности ко *всем* своим эффектам (см. ниже).

Физическая зависимость

Это измененное физиологическое состояние, наступившее после неоднократного приема наркотического вещества. Измененное состояние влечет за собой необходимость продолжения приема вещества для предотвращения стереотипного синдрома (абстинентного синдрома). Лишь некоторые вещества обладают подобным свойством. Этот синдром характеризуется гиперчувствительностью к «эффекту отдачи». Абстиненция производит действие, противоположное эффекту наркотика.

Психологическая зависимость

Это состояние, иногда называемое *психической тягой*, может провоцироваться у некоторых людей употреблением некоторых наркотических препаратов. Состояние характеризуется эмоциональным влечением к продолжению приема наркотика, который человек воспринимает в виде необходимого элемента поддержания хорошего самочувствия. Употребление наркотического вещества становится навязчивым (компульсивное злоупотребление).

Группы наркотических веществ

Важно понимать, какая группа веществ воздействует на настроение, поведение и восприятие человека. Комитет ВОЗ выделяет шесть категорий препаратов, способных вызывать зависимость. Важно отметить, что различные группы людей — фармакологи, врачи, юристы, наркодельцы, наркоманы — будут иметь собственные особые схемы классификации наркотиков.

1. *Наркотические анальгетики*: снимают боль (или тревогу по поводу боли). У некоторых людей, особенно тех, у кого развилась зависимость от этого типа препаратов, некоторые сильные представители этого класса вызывают эйфорию. Примеры: морфин, героин, меперидин (Демерол), метадон, кодеин и т.д.

2. *Депрессанты ЦНС*: эти препараты подавляют широкий спектр клеточных функций в ЦНС и во многих других системах органов. Они смягчают тревогу и ослабляют напряженность. Примеры: большинство анестетиков, алкоголь, барбитураты, ме-пробамат, диазепам (Валиум), и т.д.
3. *Стимуляторы ЦНС*: эти препараты стимулируют ЦНС и другие системы органов. Многие из них также вызывают эйфорию. Примеры: амфетамины, кокаин, кофеин, никотин и проч.
4. *Психоделики*: эти препараты вызывают галлюцинации, изменения сенсорного восприятия, настроения и суждений. Примеры: ЛСД, мескалин, псилоцибин и т. д. Многие препараты из трех вышеперечисленных групп также способны вызывать галлюцинации, но не обязательно обладают другими эффектами. (Примеры: антихолинергические средства, амфетамины, антагонисты наркотических анальгетиков и т.д.)
5. *Каннабинолы (марихуана)*: эти вещества очень трудно поддаются классификации. Некоторые помещают их во вторую группу, некоторые — в четвертую. Они во многих отношениях уникальны.
6. *Антипсихотические средства и антидепрессанты*: эти препараты используются для лечения аффективных расстройств. Действие этих препаратов неприятно для большинства людей, и ими редко злоупотребляют. Примеры: хлорпромазин, амиптриптилин и т.д. Эта группа не считается вызывающей зависимость, хотя некоторые врачи отмечают наличие физической зависимости от отдельных препаратов (см. группу 2).

Наркотическая зависимость и группы наркотических веществ

Толерантность

Толерантность может развиваться к некоторым эффектам каждой из шести вышеперечисленных групп. Под некоторым вопросом находится толерантность к эйфорическому эффекту марихуаны. Недавние исследования показали, что в этом случае имеет место обратная толерантность — все меньшая и меньшая доза требуется для того, чтобы развился полный эффект наркотика.

Устойчивость развивается не ко всем воздействиям препарата, а к только к анальгезирующему и эйфоризирующему. Ни к дей-

ствию наркотика на зрачки глаз (булавочные зрачки), ни на желудочно-кишечный тракт толерантность не распространяется. У героинового наркомана, к примеру, запор возникает всякий раз при приеме наркотика.

Толерантность к эйфорическим, анальгетическим и летальным воздействиям наркотика выражена особенно отчетливо. Средний человек, возможно, умрет, получив 100 мг морфина (обычная терапевтическая доза — 10 мг). Некоторые хронические морфинисты, как известно, принимали по 4000 мг — и ничего. Однако, всегда находится такая доза, которая убьет даже самого толерантного индивида.

Меньшая толерантность развивается к летальным эффектам депрессантов. Алкоголик может вынести вдвое большую концентрацию алкоголя в крови, чем неалкоголик. Это верно и для других депрессантов, таких, как барбитураты. Толерантный к депрессанту человек не будет обладать такой же толерантностью к опиатам (если только он не является также и хроническим наркоманом). Однако, он будет в некоторой степени устойчивым к другим общим депрессантам — таким, как барбитураты, диазепам и т.д. Аналогично, героиновый наркоман будет толерантен ко всем другим наркотикам опиатной группы, но не к алкоголю и другим депрессантам, амфетаминам или веществам из других групп.

Физическая зависимость

Существует по крайней мере два типа физической зависимости, хотя в последние несколько лет появились свидетельства физической зависимости от амфетаминов и других стимуляторов ЦНС, хлорпромазина, имипрамина и некоторых других веществ (см. ниже). Два четко определенных типа таковы: 1) наркотики анальгетического (или морфинового) типа и 2) тип депрессантов ЦНС (или барбитуратов).

Резкое прекращение приема наркотиков физически зависимым человеком вызывает абстинентный синдром, описанный во многих текстах (Ray, 1972). В случае с героином пик эффекта приходится на второй или третий день после прекращения приема. Для других наркотиков временной отрезок будет иным. Синдром, каким бы страшным он ни казался, не считается угрозой для жизни, и может быть мгновенно остановлен приемом любого другого опиата. Однако, его нельзя устранить веществами, принадлежа-

щими к другой группе — такими, как амфетамины или барбитураты. Это хорошо иллюстрирует перекрестную зависимость — способность одного наркотика подавлять проявления физической зависимости к другому и заменять его для поддержания состояния физической зависимости.

Депрессанты ЦНС вызывают род физической зависимости, который более опасен (для злоупотребляющего и для общества), чем зависимость от опиатов. К примеру, некоторые исследования показали, что от 20 до 40 процентов мужчин, поступивших в государственные психиатрические больницы — алкоголики. Злоупотребляющих барбитуратами больше, чем злоупотребляющих опиатами; больше половины автокатастроф с летальным исходом случаются по вине пьяного водителя (Ray, 1972).

Зависимость от этих депрессантов так и не была осознана публикой, по крайней мере, в США, пока в конце 40-х и в 50-е годы группа исследователей из Общественного Центра Здоровья в Лексингтоне, штат Кентукки, не провела убедительный эксперимент. Добровольцам из этой больницы давали столько алкоголя, сколько они пожелают (в среднем около 4/5 кварты (около 0,75 л) 100 % алкоголя ежедневно) на протяжении тринадцати недель. Субъекты стали весьма устойчивыми к воздействию вещества. Затем выдачу им алкоголя резко прекратили. В течение последующих восьми часов они стали нервными, слабыми и напуганными. Почти у всех наблюдался тремор, потливость, рвота, диарея и анорексия (потеря аппетита). У двух третей развился делирий с галлюцинациями. У одной трети случились эпилептические припадки. Данные симптомы могут быть описаны как угрожающие жизни.

Сходные симптомы наблюдаются при резком прекращении приема барбитуратов или других депрессантов ЦНС зависимыми людьми. Симптомы отрыва, вызванные алкогольной абстиненцией, могут быть устранены барбитуратами или другими депрессантами ЦНС (перекрестная зависимость), но не веществами из других групп.

Психологическая зависимость

Некоторые, но далеко не все вещества, воздействующие на ЦНС и, вследствие этого, влияющие на настроение, поведение и восприятие, будут вызывать психологическую зависимость (психическую тягу). Однако, препаратами, воздействующими на ЦНС, но не вызывающими такой тяги, не будут злоупотреблять, даже если

они вызывают физическую зависимость. Другими словами, можно быть *физически* зависимым от наркотика без *психологической* зависимости. Некоторые антагонисты наркотиков, такие, как налорфин, обладают этим свойством. Хлорпромазин и имипрамин также могут вызывать физическую зависимость, но эти препараты почти никогда не вызывают психической тяги, и ими никогда не злоупотребляют. Понятно, что скорее будут способствовать злоупотреблению и станут доминировать в жизни человека те вещества, которые вызывают как физическую, так и психологическую зависимость — алкоголь, барбитураты, опиаты, амфетамины, никотин и т.д. Для некоторых наркотических веществ психологическая зависимость оказывается единственным фактором, способствующим злоупотреблению; марихуана и ЛСД тому примером. Эти наркотики не вызывают физической зависимости (насколько в этом можно быть уверенными).

Зависимость, толерантность, злоупотребление и аддикция

Большинство фармакологов согласятся с тем, что корень проблемы зависимости от наркотиков находится в человеке, а не в веществе. Причины того, почему люди «подсаживаются» на наркотики — в первую очередь психологические и социологические (Ray, 1972), а не фармакологические. Лишь весьма немногие «попадают» случайно. Что-то такое в личности, похоже, предрасполагает определенных субъектов к злоупотреблению наркотиками. Тысячи людей хронически получали наркотические вещества (такие, как морфин) в больницах и других подобных учреждениях и, даже будучи физически зависимыми, не выказывали никакого интереса к продолжению приема наркотиков после выписки из больницы. Однако, для того, чтобы началось злоупотребление веществом, оно должно оказывать некое желанное воздействие. Кроме того, скорее будут предметом злоупотребления наркотики, вызывающие толерантность и физическую зависимость.

Чтобы выяснить, нуждается ли человек в лечении и, если нуждается, то в каком, существенно важным становится вопрос о правильной оценке степени его увлеченности препаратом. Принимает ли он наркотики для развлечения или злоупотребляет ими, развилась ли зависимость или аддикция?

Многие люди проходили в своей жизни период экспериментов с алкоголем и наркотиками, когда они слишком увлекались, чрезмерно употребляли или злоупотребляли химикатами. Вовсе не все эти люди стали зависимыми, и не всякая зависимость приводит к аддикции. Употребление наркотиков и алкоголя часто следует предсказуемому и идентифицируемому паттерну, в соответствии с которым употребляющих можно разделить на четыре общих категории.

1. Люди, которые экспериментируют с приемом алкоголя и наркотиков и рано научаются контролировать и регулировать их употребление. Они, даже переживая периоды сильного злоупотребления, на самом деле никогда не развивают аддикции.
2. Те, кто в более поздний период жизни понял, что не может регулировать или контролировать себя в этом отношении, и прекратил употребление — сам, с помощью профессионала либо двенадцатишаговой программы. Такие индивиды называются алкоголиками или аддиктами с близким дном (*low-bottom*).
3. Те люди, которые гораздо позже поняли, что нужно остановиться, но не могут этого сделать, а если и могут, то не в состоянии оставаться трезвыми и «чистыми», и подвержены постоянным срывам. Они страдают от постоянных неудач, и часто необходимо наличие неких внешних обстоятельств, таких, как цирроз печени или интервенция, чтобы они смогли окончательно остановиться. Такие люди называются алкоголиками или аддиктами с глубоким дном (*high-bottom*).
4. Есть и личности, никогда не достигающие сколько-нибудь длительной трезвости или чистоты. Они часто умирают или кончают жизнь в заключении из-за своих наркотических и алкогольных пристрастий.

Многие индивиды из последней категории имеют второй диагноз соответствующего первичного психического расстройства (т.е. шизофрении, биполярного расстройства и т.д.), которое нарушает их способность сохранять трезвость сколько-нибудь длительное время. Тяжелые расстройства характера — пример других состояний, часто мешающих выздоровлению. В последние несколько лет собрано большое количество свидетельств того, что среди женщин-наркоманок и алкоголичек угрожающе часты случаи нелеченного сексуального насилия. Предварительное исследование, проведенное Кэтлин Боллеруд (Kathleen Bollerud, 1995), обнаружило, что:

1. 75% женщин, проходящих лечение, пережили сексуальное насилие;
2. 50% диссоциативных расстройств предваряются химической зависимостью;
3. 35% женщин, госпитализированных в связи с аддикцией, имеют диссоциативную симптоматику.

Боллеруд признает, что эти открытия относятся лишь к женщинам, но существуют свидетельства (хотя и не точные цифры) того, что нелеченные сексуальные злоупотребления являются таким же важным фактором и для мужчин-аддиктов. Она пишет:

«Неудачи в лечении химически зависимых пациентов и пациентов, переживших сексуальное насилие, вполне могут быть следствием не излеченного вторичного расстройства. Влияние активной химической зависимости или злоупотребления каким-либо веществом — критическая переменная как для прогноза лечения, так и для процента выздоровления претерпевших сексуальное насилие пациентов. Неизлеченное сексуальное насилие — наиболее вероятная причина неудач в лечении и срывов злоупотребляющих веществами пациентов».

В то время как Боллеруд признает, что точный диагноз довольно трудно поставить как в случаях аддикций, так и в случаях посттравматических расстройств, она предупреждает о возможности недооценить влияние химических веществ на эмоциональное и/или когнитивное функционирование пациентов, переживших травму. Поэтому она рекомендует настойчивое лечение аддиктивного расстройства и двенадцатишаговую интервенцию, направленную на абстиненцию. Она заключает, что травмированные пациенты — даже страдающие расстройством множественной личности — способные использовать АА, демонстрируют лучшие показатели выздоровления.

Минкофф (Minkoff, 1995), работая с пациентами, имеющими и психическое заболевание, и зависимость, рекомендует рассматривать эти расстройства как два первичных и независимых, однако, взаимодействующих заболевания. Он проводит параллели между моделью аддикции как болезни и моделью психической болезни. Он предполагает, что «шаги» двенадцатишаговой программы могут быть применимы как к зависимости, так и к психическому заболеванию.

Рассматривая четыре вышеописанные категории, легко прийти к выводу, что лишь те индивиды, которые попадают в первую, могут стать кандидатами для альтернативных способов лечения зависимости, отличных от подходов, базирующихся на абстиненции. Подобная рекомендация дифференциации лечения предполагает, что ложнопозитивный диагноз (индивиды с диагнозом аддикции, в действительности попадающие в первую категорию) не будет оказывать сколько-нибудь глубокого воздействия на человека. Как сказал однажды лечащий врач одного из стационаров своим подчиненным: «Вы прекрасно знаете, что алкоголь — не пища, необходимая для выживания. Так к чему все эти нюни на тему «может ли этот человек пить, или все-таки нет?»» Напротив, ложнонегативные диагнозы (те, кто ошибочно диагностирован как не-аддикт) будут увеличивать вероятность того, что человеку придется пережить все неизбежные последствия, описанные в категориях 3 и 4. Гораздо благоразумнее переборщить в диагностике подобных состояний, чем недо-диагностировать их.

Джелормино (Gelormino, 1995) в ответ на программу Управления Умеренностью Марлатта (Marlatt's Moderation Management) выразил весьма сходные соображения, сомневаясь в гипотезе снижения вреда при лечении зависимостей:

«Вторая проблема, которую я вижу в модели снижения вреда, заключается в том, что любая концепция (например, контролируемого питья), позволяющая существовать представлению о регулярном уменьшении употребления/злоупотребления, не учитывает работы аддиктивного разума. В нем царит самообман. «Я приму сегодня X, а завтра X минус 1», — всё это прекрасно, но алкоголизм и наркомания — вовсе не те расстройства, которые обеспечивают человеку все большую и большую ясность сознания. Напротив, для большинства наркоманов и алкоголиков после первой кружки пива «всё сойдет». Принимая во внимание природу этого зверя, разрешать аддикту сокращать злоупотребление с течением времени — ошибка. Это объясняет тот факт, что, несмотря на то, что формально программа УУ допускает постепенное сокращение дозы, ведущее к абстиненции, этот подход был почти полностью отвергнут. Это — не медленное самоубийство. Оно часто происходит быстро и без предупреждения: передозировка, ссора с применением смертельного оружия, фа-

тальная автокатастрофа. У наркомана/алкоголика нет времени в запасе. Игла, которой вы его обеспечиваете, может быть той самой, с помощью которой он всадит себе смертельную дозу. Реальность такова, что для серьезного аддикта единственным безопасным сокращением дозы может быть лишь одно: ПОЛНОЕ ИСКЛЮЧЕНИЕ. Разумеется, зачастую бывает нужно предпринять несколько попыток лечения, прежде чем произойдет долговременное изменение, но нам не нужно продвигать компромисс как таковой. Кому что нравится, как говорится...»(стр.9)

Еще одна важная и часто пренебрегаемая переменная в диагнозе и выработке рекомендаций для лечения — это то действие, которое наркотики и алкоголь оказывают на мозг. Оно влечет за собой важные следствия по целому ряду причин. Если сформулировать это самым простым способом, то все формы психотерапии (индивидуальная, групповая, семейная, когнитивная, психодинамическая и т.д.) зиждутся на предположении, что люди будут достаточно разумны для того, чтобы принимать решения, опираясь на точное видение и понимание себя и своей ситуации. С аддиктивными пациентами, активно принимающими наркотики или алкоголь, или находящимися на ранних стадиях выздоровления, вести традиционные формы психотерапии невозможно. В то время как большинство терапевтов согласятся с подобной позицией, некоторые из них не способны понять значительность когнитивного снижения алкоголиков или наркоманов в течение трех, шести или даже девяти месяцев выздоровления, поскольку эти симптомы зачастую очень тонки и специфичны. Из-за того, что большинство алкоголиков и наркоманов не демонстрирует серьезных проблем в вербальном самовыражении, они зачастую «звучат лучше» того, что на самом деле собой представляют. Для того, чтобы ведущий смог осознать тонкие различия в человеке после двух, шести или двенадцати месяцев трезвости, он должен иметь некоторое представление о когнитивной недостаточности, чтобы у него была возможность адаптировать свое лечение в группе к потребностям и возможностям своих пациентов. Понимание этих когнитивных дефицитов поможет ведущему осознать, почему техники конфронтации (т.е., принуждение, рычаг, интервенция и проч.), описанные в девятой главе, столь необходимы для аддиктивных пациентов на ранних стадиях лечения.

Хейман, описывая ситуацию с точки зрения невропатолога, подчеркивает, как важно помнить, что зависимость — это болезнь мозга. «В сердцевине модели болезни зависимости, опирающейся на современную невропатологию, находится тот факт, что уязвимо-го человека даже адекватное употребление наркотика приводит к долговременным изменениям функционирования мозга» (Heuman, 1995). Адаптация функционирования мозга, происходящая в результате чрезмерного употребления химических препаратов, вызывают соматическую и психологическую зависимость, которая, в свою очередь, способствует долгосрочным изменениям в работе мозга, лежащим в основе тяги как ответа на условный сигнал. Существенным компонентом подобной адаптации и изменения функционирования мозга является «рекрутирование мотивационных систем мозга» наркотиком, в результате чего возникает отрицание или потеря способности осознать то, что это произошло. Хейман предупреждает персонал лечебных учреждений о том, что нельзя путать подобное отрицание с ложью, и что «отрицание» не означает, что алкоголик или наркоман не говорит правды. Скорее, это результат того, что мотивационные системы мозга подпадают под контроль мозговых механизмов подкрепления. Приспособления мозга, результат повторяющегося употребления наркотиков, гипотетически приобретают центральную роль в формировании аддиктивного поведения и поведенческих приоритетов. Это имеет глубокие последствия для лечения. Большая часть поведенческих проявлений аддиктов и алкоголиков не является результатом их добровольного контроля или выбора. Те интервенции, в которых учитывается отсутствие мотивации и большая степень отрицания со стороны аддикта, скорее окажутся эффективными, нежели подходы, предполагающие наличие у него эмоциональной и умственной способности выбирать и вести себя так, как ведет себя человек, контролирующий функционирование своего мозга.

Нейропсихологические нарушения

За последние десять лет собрано огромное количество свидетельств неврологического функционирования и нейропсихологического дефицита, связанного с алкоголизмом. Последние исследования и обзоры литературы (Wells, 1982; Parsons и Farr, 1981; Grant, Reed и Adams, 1980; Wilkinson и Carlen, 1981; Ryan и Butters, 1980) обнаружили, что паттерн нарушений, сопутствующих

хроническому злоупотреблению алкоголем, идентифицируем и даже предсказуем. Что важнее всего — паттерн неполноценности, проявляющийся в кортикальной недостаточности и когнитивной дефицитарности, имеет важные следствия для лечения. К сожалению, значимые вклады, которые неврология и нейропсихология могут внести в лечение алкоголизма, зачастую не замечаются и не используются. Даже когда полезная информация о лечении поступает, она или остается строго академической и недоступной для клинического применения, или же затемнена пустой, невнятной терминологией, типа понятия «органиситет» (organicity). Неврологические последствия должны быть проговорены и обозначены так, чтобы идентификация подобного дефицита имела практический результат для клинического применения. Важно определить, как определенные паттерны неврологического нарушения могут воздействовать на мотивацию, абстиненцию и выздоровление пациентов-алкоголиков. Отзываются ли по-разному на лечение алкоголики, демонстрирующие плохие результаты нейропсихологических тестов, и те, у кого наблюдаются морфологические отклонения, выявляемые нейрорадиологическими исследованиями? Словом, существует ли взаимосвязь между неврологическим ущербом и результатом лечения? И наконец, какие специальные стратегии должны быть применены и адаптированы в случае идентификации некоего паттерна неврологического нарушения?

На эти вопросы не было найдено однозначного ответа, а повторные исследования этой проблемы не проводятся (за отдельными исключениями — Wells, 1982, Parsons и Farr, 1981). Одна из целей этой главы — познакомить с доступными нам данными и построить гипотезы их применения в лечении. Надеемся, что эта попытка поможет преодолеть разрыв между чистыми научными исследованиями и клинической практикой. В этой главе мы подробнее остановимся на синдроме Вернике-Корсакова, алкогольной энцефалопатии и алкогольной деменции. Каждое из этих состояний будет вкратце рассмотрено в их отношении ко всему континууму и к теориям алкоголизма как преждевременного старения. Каков паттерн повреждения при каждом из этих состояний, и как эти паттерны могут влиять на лечение и выздоровление? С учетом сведений, представленных здесь, можно предположить, что сильно структурированная программа выздоровления, подобная АА, большей частью своего успеха обязана самой структуре и дирек-

тивными стратегиям, неотъемлемым от ее интуитивного дизайна парадигмы выздоровления.

Галант (Gallant, 1983) подчеркивает то, насколько важно провести оценку когнитивного функционирования при планировании стратегий лечения алкоголиков и наркоманов. Он пишет:

«Важно оценить нейропсихологическое состояние каждого алкоголика прежде, чем появится какой бы то ни было план лечения. Даже легкое ухудшение способности к суждению или когнитивных возможностей может серьезно помешать как процессу психотерапии, так и применению таких медикаментов, как Антабус, особенно если это ухудшение не очевидно для терапевта или для пациента. Попытка выявить корреляцию между ухудшением результатов простых нейропсихологических тестов и наличием атрофии мозга может дать информацию о будущем курсе лечения или о прогнозе вреда, наносимого алкоголем. Подобные усилия могут также показать, что недорогие и общедоступные нейропсихологические средства оценки могут быть столь же полезными для оценки и формулировки плана лечения пациентов-алкоголиков, как дорогостоящая компьютерная томография (КТ)» (Gallant, 1983, стр.448).

Большинство алкоголиков и наркоманов, госпитализированных в остром состоянии, стабилизируются после двух-семи дней детоксикации. Опытный и компетентный доктор должен уметь безопасно провести период вытрезвления и точно определить, когда возможность ломок или белой горячки, угрожающей жизни, снизится настолько, чтобы пациент смог безопасно участвовать в групповой терапии и в остальной программе лечения. Многие пациенты не испытывают тяжелых симптомов при прекращении приема и оказываются способными гораздо быстрее почувствовать выгоды групповой терапии. Таблица 8.1 перечисляет возможные неврологические осложнения при хроническом употреблении алкоголя.

Алкоголь и наркотики обычно вызывают дисфункцию центральной нервной системы. Исследования до последнего времени практически игнорировали то тонкое воздействие, которое оказывает химия на мозг, за исключением острых последствий белой горячки или долгосрочных хронических явлений типа синдрома Корсакова. Уэллс (Wells, 1982) резюмирует ситуацию следующим образом:

«...психиатры, интересующиеся органическими расстройствами мозга, сконцентрировали большую часть своего внимания или на последствиях прекращения приема [алкоголя] (белая горячка), или на дефиците тиамина, столь часто сопровождающем его употребление и вызывающем синдром Вернике-Корсакова. Лишь недавно долгосрочные последствия хронического злоупотребления этанолом как таковым для функционирования центральной нервной системы и ее структуры начали привлекать к себе больше внимания.

В то время как ухудшение функционирования мозга алкоголиков признавалось всегда, обычно его приписывали плохому питанию, печеночной недостаточности, травмам головы — по сути, всему, чему угодно, но только не самому действию алкоголя. И хотя еще сохраняются некоторые сомнения относительно того, может ли функциональное и структурное церебральное повреждение быть вызвано злоупотреблением алкоголем как таковым, нет никаких сомнений в том, что это ухудшение демонстрируют многие хронические алкоголики, у которых плохое питание, печеночная недостаточность и травмы головы (в качестве возможных причин) могут быть на приемлемых основаниях исключены». (стр.111)

Таблица 8.1. Неврологические заболевания, связанные с алкоголем

1. Острая интоксикация
2. Синдром отмены (время появления после прекращения алкоголизации)
 - Тремор (7-24 часа),
 - Галлюцинации — зрительные или слуховые (12-48 часов),
 - Белая горячка (36-96 часов),
 - Абстинентные припадки (7-48 часов)
3. Алиментарные болезни нервной системы
 - Полинейропатия,
 - Синдром Вернике-Корсакова,
 - Амблиопия
4. Возможные алиментарные или токсические воздействия алкоголя или его метаболитов
 - Алкогольная миопатия,
 - Мозжечковая дегенерация
5. Последствия цирроза — гепатоцеребральная дегенерация

Никогда не было сомнений в том, что нейропсихологическое тестирование выявит отклонения от нормы у тех алкоголиков или наркоманов, которые находятся в остром состоянии из-за прекращения приема или страдают от синдрома Корсакова. Однако, применение нейропсихологических процедур оценки к индивидам без подобных симптомов дало достоверные результаты, часто согласующиеся с компьютерной томографией черепа (сканирование CAT). Уэллс суммирует эти находки следующим образом:

“Результаты подобных исследований были на удивление последовательными. Тест на общий интеллектуальный уровень часто не выявляет заметных различий между группами хронических алкоголиков и контрольными группами, но тест, составленный для оценки более дискретных нейропсихологических функций, часто показывает отклонения у алкоголиков. Многие алкоголики проявляют дефекты краткосрочной памяти, трудности выполнения сложных заданий на запоминание, визуально-моторную координацию, выполнение визуально-пространственных задач, абстрактное мышление и психомоторную сноровку. Часто наблюдается относительная скудость вербальных навыков. Долгосрочная память обычно сохранна» (1982, стр.111-112).

Большей частью результаты этих нейропсихологических исследований были получены из данных Шкалы интеллекта Векслера для взрослых (WAIS) и Нейропсихологической батареи Халстеда-Рейтана (HRB). Таблицы 8.2, 8.3 и 8.4 показывают различия баллов по HRB для алкоголиков, контрольной группы психиатрических пациентов и пациентов с повреждениями мозга. Как видно из этих баллов, алкоголики в целом показывают худший результат, чем контрольные пациенты, и лучший, чем пациенты с мозговыми повреждениями. Для алкоголиков наибольшую трудность представляют задания, связанные с абстрактным мышлением, краткосрочной памятью и моторной скоростью (т.е., «сходства» и «последовательные картинки В»). Таблица 8.5 отражает результаты большого числа исследований, демонстрирующих постоянные трудности в этих областях как у алкоголиков, так и у наркоманов. Таблица 8.6 показывает проценты, полученные в ряде исследований, проведенных с помощью HRB, выявляющие достоверность этих открытий. Таблица 8.7 дает сходный перечень результатов ра-

бот, использующих WAIS для демонстрации явной несоразмерности между баллами исполнительского IQ (новое обучение) и вербального IQ (давнишнее обучение).

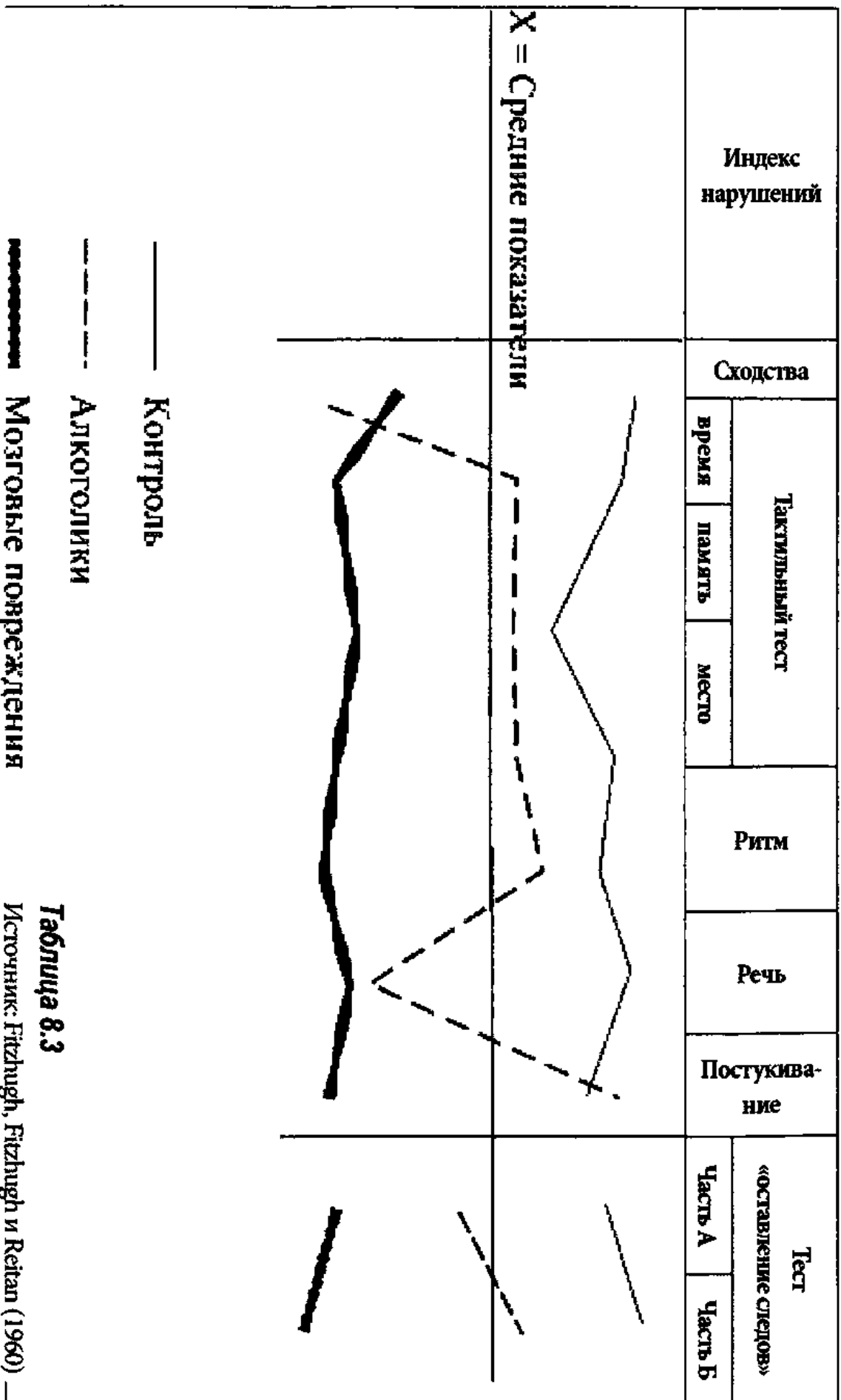
Таблицы (с 8.2 по 8.7) отражают результаты исследований, проведенных среди алкоголиков или аддиктов, не страдающих синдромом Вернике-Корсакова. Это важно помнить: алкоголики или наркоманы вовсе не обязательно должны быть серьезно и очевидно неполноценными, как пациент с синдромом Корсакова, чтобы можно было оценить их когнитивные дефекты. Это предполагает также, что многие, если не все, алкоголики или наркоманы страдают от малозаметного дефицита когнитивного функционирования, который может снижать их способность обрабатывать, удерживать, понимать и воскрешать в памяти жизненно важную информацию, необходимую для выздоровления. Ведущие теоретики в области когнитивной недостаточности алкоголиков предполагают, что употребление алкоголя может вызывать преждевременное старение мозга (Cermak и Resck, 1982), или что синдром Корсакова может быть лишь частью континуума вызванных алкоголем процессов (Ryan и Butters, 1980). В связи с этим важно осознавать степень неполноценности подобных пациентов, поскольку это будет помогать ведущему понять, с каким типом дефицита, обычно наблюдаемого и у менее нарушенных алкоголиков, он имеет дело.

Таблица 8.2

Средние показатели для алкоголиков (А), психиатрических пациентов (П) и пациентов с мозговыми повреждениями (МП) в тестах нейропсихологической батареи Халстеда-Рейтана

	А	П	МП МНН
Следы, часть А	61.3	39.0	65.0
Следы, часть Б	150.0	80.1	183.1
Ошибки афазии	4.7	2.2	6.5
Пространственные отношения	2.7	2.0	3.4
Ошибки восприятия	8.2	2.8	10.2
Тест «ритм морского берега»	6.5	3.6	7.8
Тест восприятия речи	9.4	6.1	12.3
Индекс нарушений Халстеда	0.69	0.31	0.83
Средний индекс нарушений	2.18	1.06	2.47

Источник: Парсонс и Фарр (1981)



————— Контроль
 - - - - - Алкоголики
————— Мозговые повреждения

Таблица 8.3

Источник: Fitzhugh, Fitzhugh и Reigan (1960)

Таблица 8.4

Средние баллы для алкоголиков (А), психиатрических пациентов (П) и пациентов с мозговыми нарушениями (МН) в субтестах нейропсихологической батареи Халстеда-Рейтана. Источник: Parsons и Farr (1981)

	А	П	МН
Тест «категории»	90.0	51.5	93.7
Тактильный тест			
Правая рука	8.96	5.95	9.14
Левая рука	7.64	5.25	8.68
Обе руки	6.33	3.00	7.33
Общее время	22.9	14.2	24.3
Память	6.75	8.14	4.93
Локализация	2.44	4.18	1.70
Колебания пальца			
Правая рука	38.1	50.0	37.8
Левая рука	36.7	46.2	32.6

Таблица 8.5.

Паттерн повреждений в субтестах HRB по точкам среза Халстеда

	Алкоголь		Другие наркотики		Другие наркотики, кроме марихуаны	
	имеющих повреждения в общем числе	%	имеющих повреждения в общем числе	%	имеющих повреждения в общем числе	%
Категории	10-13	77	7-17	41	7-13	54
ТРГ-время	9-13	69	4-12	17	2-7	29
ТРГ-Память	0-13	0	0-12	0	0-7	0
ТРГ-локализация	9-13	69	2-13	15	2-8	25
Ритм	2-10	20	4-13	31	4-10	40
Восприятие речи	5-9	56	1-9	11	1-7	14
Постукивание пальцами	6-10	60	5-12	42	5-9	56
Следы Б	5-8	63	4-13	31	4-9	44

Источник: Parsons и Farr (1981)

Таблица 8.6

Паттерны нарушений по HRB для алкоголиков. Источник: Parsons и Farr (1981)

	Число испытуемых	Нарушения	%
Категории	15	13	87
ТРТ-время	15	12	80
ТРТ-память	15	3	20
ТРТ-локализация	13	8	62
Ритм	12	3	25
восприятие речи	10	5	50
Постукивание пальцами	12	3	25
Следы В	11	8	73

Таблица 8.7

Паттерны нарушений по шкале Векслера HRB для алкоголиков. Источник: Parsons и Farr (1981)

Шкала теста Векслера	Число испытуемых	Нарушение	%
Осведомленность	7	2	29
Понятливость	8	2	25
Арифметика	7	3	43
Сходства	8	1	25
Запоминание цифр	8	1	25
Словарный запас	7	1	14
Шифровка	8	6	75
Завершение рисунка	8	4	50
Конструирование из кубиков	8	8	100
Последовательные картинки	7	5	71
Складывание объектов	7	6	86

Синдром Вернике-Корсакова

Таблицы 8.8. и 8.9 дают перечень симптомов, входящих в синдром Вернике-Корсакова. Это — болезнь, имеющая две стадии.

Энцефалопатия Вернике является ранней острой стадией, а психоз Корсакова, как правило — более позднее, устойчивое, остаточное состояние. Энцефалопатия Вернике обычно быстро поддается грамотному медицинскому лечению. Прием тиаминна на острой стадии отмены является решающим фактором предотвращения структурного изменения долей головного мозга, происходящего при Корсаковском психозе. Синдром Вернике обратим, поскольку его симптомы (т.е., дефекты зрения, спутанность, галлюцинации, дезориентация и т.д.) появляются благодаря биохимическим искажениям, которые не достигают степени значительных структурных повреждений мозга. Синдром Корсакова, с другой стороны, — это необратимое состояние из-за постоянных физических изменений структуры мозга, обычно затрагивающих фронтально-лимбико-диэнцефальную систему. Синдром Вернике обычно связан с дефицитом тиаминна, и именно поэтому его симптомы обычно облегчаются инъекциями витамина B1.

Таблица 8.8. Синдром Корсакова: четыре симптома

1. **Проблемы с памятью**
 - а) краткосрочная против долгосрочной памяти
 - б) ретроградная против антеградной амнезии
2. **Интактные функции IQ**
 - а) вербальные против исполнительных
 - б) скудность абстрагирования
3. **Конфабуляции**
Рассказы о ранних переживаниях вне контекста
4. **Личность**
Пассивность, уступчивость, эмоциональная уплощенность

Таблица 8.9. Амнестический дефект при с-ме Вернике-Корсакова

1. Интактна непосредственная память и память о далеком прошлом — как вербальная, так и невербальная.
2. Краткосрочная память нарушена — когнитивный дефицит, сниженное внимание.
 - а) Нарушенное использование семантического кодирования при нормальном использовании ассоциативных и акустических ключей;
 - б) ббольшая чувствительность к проактивной интерференции
 - в) персеверация, неподходящая стратегия

Ни один из экспериментов, проведенных на животных, до сих пор не показал, что сам по себе дефицит тиамина ведет к необратимым проблемам с памятью, подобным синдрому Корсакова. Несмотря на то, что большинство учебников по неврологии считают авитаминоз первичной и базовой причиной синдрома Вернике-Корсакова, существуют убедительные данные, демонстрирующие то, что продолжительный прием алкоголя без нарушений питания все же приводит к постоянным трудностям в обучении.

Наиболее серьезный и примечательный признак пациента с болезнью Вернике-Корсакова — это поврежденная память. Долгосрочная память пациентов, так же, как и их язык и интеллектуальные функции, обычно остаются сравнительно интактными. Настоящие Корсаковские пациенты страдают неспособностью сохранять и воспроизводить новую информацию (антеградная амнезия), выученную после начала их болезни. Старые знания и долгосрочная память подобных пациентов обычно не затронуты, так что часто эти люди кажутся находящимися более «в себе», чем в действительности. Личность их становится пассивной и податливой. Из-за того, что медиально-дорзальное ядро таламуса, мамиллярные тела лимбической системы и гиппокамп структурно изменены, эти пациенты демонстрируют заметную тенденцию к персеверации (т.е. настойчивому повторению ошибок) и отсутствию мотивации (амотивационный синдром) к изменению. Поскольку лимбическая система искажает их аффективные реакции, их не беспокоит и не огорчает то, что обычно тревожит людей. Вследствие этого, они вполне принимают свое физическое состояние и продолжают старое поведение (т.е., демонстрируют персеверацию), несмотря на продолжающиеся негативные последствия. Их способность к предвидению и планированию крайне скудна, так как у них нарушено абстрактное мышление. А из-за того, что им недостает способности удерживать в памяти новую информацию, а восстановление прежде сохраненного в памяти недостаточно, они довольно часто путают старые сведения с новыми. Это состояние описывается как конфабуляция, и его часто путают с ложью. Поврежденный гиппокамп не позволяет им воспроизводить вновь полученную информацию, и именно это считается причиной все учащающихся провалов в памяти. Нормальный процесс получения и воспроизведения информации постоянно нарушается — до тех пор, пока попытки что-то вспомнить не за-

канчиваются ранними воспоминаниями вне контекста. Конфабуляции обычно ярче всего проявляются на острых ранних стадиях синдрома Корсакова, когда пациент рьяно пытается скрывать свои трудности от других. Такое состояние осложняется также и личностными характеристиками и свойствами, которые приобретаются в те годы, пока человек пытается скрыть свои проблемы с памятью. Личностные параметры, наряду с утратой мотивации, ошибочно принимаются за причину сложностей с памятью. У пациентов, больных синдромом Корсакова в течение пяти лет и более, конфабуляции можно встретить редко (Butters и Cermak, 1980). Их состояние в конце концов ухудшается до полной апатии.

Таблица 8.8. иллюстрирует четыре наиболее общих симптома Корсаковских пациентов. Таблица 8.10 содержит сведения, полученные в результате посмертного вскрытия алкоголиков и изучения симптомов, характерных для пациентов с повреждениями таких же областей мозга. Они весьма сходны с симптомами, типичными для хронических алкоголиков. Все эти данные рисуют пациента, которого чрезвычайно сложно лечить из-за трудностей в следующих пяти областях:

1. Мотивация (отсутствие понимания и желания начать изменения).
2. Новое обучение (персеверация — повторение прошлых ошибок).
3. Память (неспособность выучивать и сохранять новую информацию).
4. Аффект (неуместное проявление эмоций)
5. Абстрактное мышление (отсутствие проницательности и способности к предварительному планированию).

Если добавить к этому тот факт, что вербальные навыки большинства алкоголиков остаются незатронутыми, и терапевт сталкивается с индивидом, который умеет говорить, демонстрируя «хорошую мину», но который при этом лишен мотивации и способности продумывать альтернативы, также как и придерживаться каких-либо планов. Во время кризисов он или она могут лишь выпадать обратно, в старые способы поведения, и именно поэтому алкоголик продолжает, как говорят АА, «повторять старое поведение, ожидая иных результатов».

Многие из симптомов, наблюдаемых у пациентов с синдромом Корсакова, будут проявляться у алкоголика, хотя и в меньшей степени. Хотя в действительности это лишь гипотеза, предложенная Баттерсом и Чермаком (1980). Разумеется, данные, представ-

ленные в таблицах с 8.2 по 8.8, поддерживают их предположение. Существует единодушное недоверие к тому, что алкоголики страдают генерализованной или глобальной интеллектуальной недостаточностью. Однако, у алкоголиков замечена ярко выраженная неспособность заучивать новый материал, что демонстрируют их относительно более низкие результаты в заданиях на исполнение теста Векслера (таблица 8.7)

Таблица 8.10. Свидетельства анатомической локализации

1. Посмертное вскрытие
2. Симптомы, сходные с симптомами пациентов с мозговыми повреждениями в этой области
 - а) синдром отмены (белая горячка), сходный с состоянием пациентов с острой формой повреждений;
 - б) неспособность сохранять когнитивный настрой (амотивация);
 - в) персеверативные пространственные реакции;
 - г) низкая способность к проницательности и планированию;
 - д) личность, как правило, податливая и беспечная;
 - е) проблемы, связанные с полезависимостью

Незатронутость вербальных навыков делает их мастерами сокрытия этих недостатков от самих себя и от окружающих. Недостаточность абстрактного мышления, продемонстрированная их низкими показателями в разделах «категории» и «следы В» (таблица 8.6) дают повод предположить, что они не обладают способностью мыслить абстрактно или творчески, и что они будут проявлять тенденцию к персеверации (постоянному повторению старых ошибок).

Однако, в этом состоянии существует несколько очень важных переменных, которые терапевт и лечащая команда должны учитывать при оценке степени неполноценности алкоголиков. Грант, Рид и Адамс (Grant, Reed, Adams, 1980) перечисляют четыре критерия, которые должны быть тщательно взвешены и оценены:

1. Преморбидный уровень функционирования

- А. Уровень IQ до алкоголизма.
- Б. Возраст.
- В. Социально-экономический статус (СЭС).
- Г. Образование.

Каждый из этих факторов оказывает влияние на измерения когнитивного функционирования по WAIS или HRB. Более высо-

кий IQ, меньший возраст, более высокий СЭС и уровень образования обычно связываются с лучшими показателями. Более высокие баллы могут также указывать на то, что эти индивиды демонстрировали высокий уровень интеллектуального функционирования до начала болезни и, следовательно, могут позволить себе «потерять больше» без драматических для себя последствий.

2. Продолжительность употребления алкоголя

Продолжительность употребления алкоголя прямо говорит о степени повреждения коры головного мозга. Чем больше продолжительность приема алкоголя, тем серьезнее ущерб.

- А. Срок от десяти до двенадцати лет обычно не наносит особого ущерба коре головного мозга.
- Б. От двенадцати до двадцати пяти лет — доклинический период. Ущерб, нанесенный коре в этот период, обычно обратим при сохранении абстиненции.
- В. Двадцать пять и более лет — клинический период. Шансы на постоянную неполноценность коры максимально возрастают, даже если человек готов поддерживать абстиненцию.

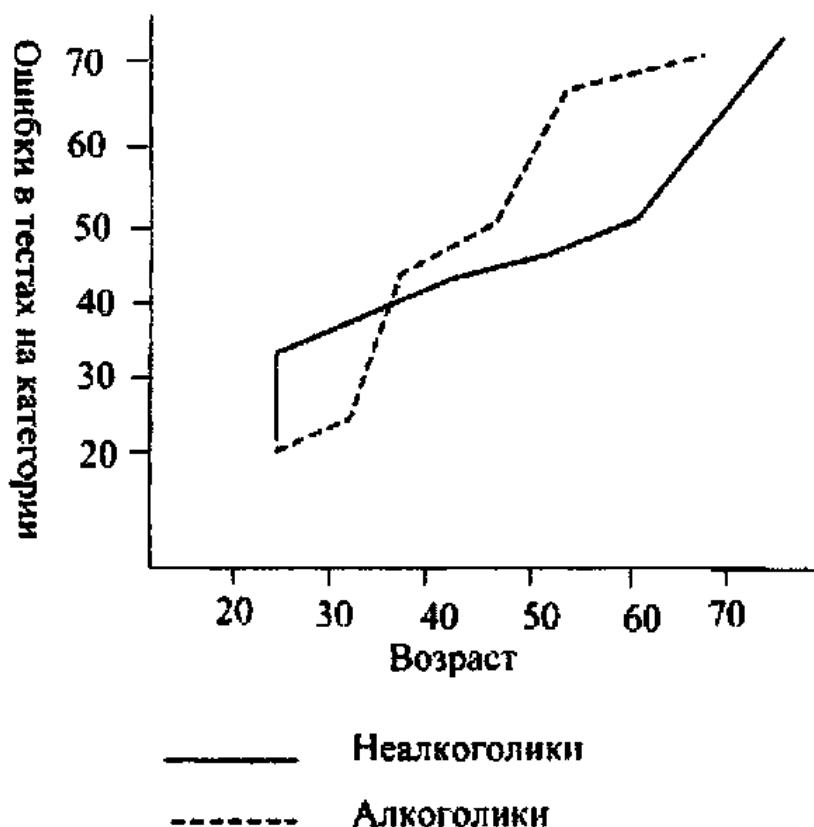
Таблица 8.11 резюмирует данные Гранта, Рида и Адамса касательно взаимосвязи между низким уровнем исполнения в тестах «категории» (абстрагирование и т.п.) и возрастом. Чем старше алкоголик и чем дольше он пьет, тем больше риск ущерба для коры головного мозга. Уровень повреждения коры также сильно зависит от того возраста, когда он начал пить. Пятидесятилетний алкоголик, который начал пить в тридцать, скорее всего, будет менее нарушенным, чем пятидесятилетний же алкоголик, начавший в пятнадцать, даже если они ежедневно выпивают равное количество алкоголя.

3. Уровень употребления алкоголя

Количество употребляемого алкоголя напрямую связано со степенью нарушенности алкоголика. Таблица 8.12 приводит данные для важного различия, которое должно быть сделано при оценке серьезности повреждений. Тридцатилетний алкоголик, выпивающий по полгаллона стопроцентного виски в день (1,7 л) в течение десяти лет, окажется гораздо более нарушенным, чем пятидесятилетний алкоголик, выпивающий по две бутылки двадцатиградусного вина в неделю в течение двадцати лет.

4. *Продолжительность абстиненции к началу нейротестирования*
 Алкоголик, тестируемый на третий день лечения, будет в гораздо худшем состоянии, чем алкоголик, тестируемый на третий месяц или даже третью неделю выздоровления. В действительности, продолжительность периода, прошедшего от последней выпивки до даты нейропсихологического тестирования, оказывается весьма значимым фактором, влияющим на оценку уровня дисфункции этого человека.

Таблица 8.11



Адаптировано из Гранта, Рида и Адамса (1980)

Таблица 8.12

Пренатальный период	Доэкспозиционный период	Латентный период	Доклинический период	Клинический период	
З	Р	В(х)	В(у)	В(z)	С

З = зачатие; Р = рождение

В(х) = возраст первого воздействия препарата

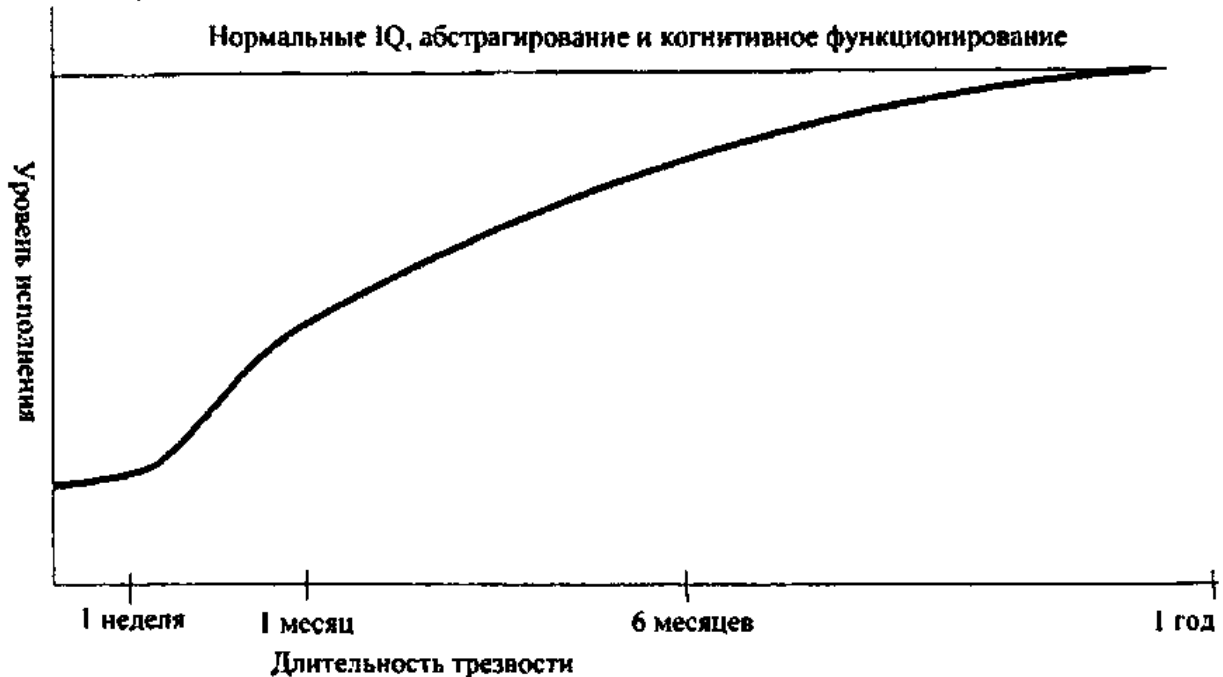
В(у) = возраст первого неврологического изменения из-за препарата

В(z) = возраст первых признаков слабоумия

С = смерть

Если нейропсихологическое тестирование призвано иметь какое-либо практическое применение в процессе лечения и выздоровления алкоголика, то важно тщательно оценить срок абстиненции пациента к моменту тестирования. Уэллс (1982) пишет: «Уровень нарушений по нейропсихологическим тестам определяется, в известных пределах, тем, через какое время после прекращения употребления субъект тестируется; найденные дефекты обычно намного больше непосредственно после прекращения приема» (стр.112). Большинство алкоголиков и в самом деле показывает большую поврежденность на ранних стадиях выздоровления. Множество исследований демонстрирует продолжительное улучшение в состоянии коры головного мозга, если абстиненция поддерживается в течение года или от одного до двух лет. Уровень нарушений у алкоголиков, не страдающих синдромом Корсакова, согласно полученным данным, оказался обратимым. Алкоголики переживают спонтанное излечение от дефицита при условии поддержания абстиненции. Единственное, что им требуется для такой обратимости — это воздержание от приема алкоголя. Степень улучшения когнитивного функционирования обычно заметнее всего в течение первых нескольких недель абстиненции. Однако, улучшение продолжается еще много месяцев (таблица 8.13)

Таблица 8.13



По вертикали: Уровень активности и степень неполноценности
 По горизонтали (внизу): Продолжительность трезвого периода

Подобные открытия, касающиеся нейропсихологического функционирования, придают вес важнейшей максиме АА о выздоровлении. Общество АА и их спонсоры говорят алкоголикам, чтобы они не принимали никаких важных решений и не совершали значимых изменений в жизни, «смотря на вещи проще», в течение первого года выздоровления. Данные нейропсихологических исследований, приведенные здесь, подтверждают мудрость интуитивного понимания АА и их базирующегося на опыте знания о том, что такое алкоголь и какое действие он оказывает на мышление человека. Баллы по тестам «категории» и другие нейропсихологические измерения убеждают в том, что требуется по крайней мере год, прежде чем способность к абстрактному мышлению вернется к нормальному уровню. Следовательно, лучше всего воздерживаться от принятия больших жизненных решений до тех пор, пока не пройдет побольше времени для когнитивной стабилизации.

Именно здесь чистая наука и нейропсихологическое тестирование оказываются практически применимы в клинической практике. Модель групповой терапии и лечения, построенная по типу философии АА, подтверждается недавними нейропсихологическими открытиями. Настойчивое требование АА об абстиненции оказывается путем к важным изменениям, связанным с кортикальным выздоровлением. Это надо учесть, прежде чем алкогольная деменция или энцефалопатия смогут быть должным образом подвергнуты лечению. Настояние АА на том, чтобы «быть проще» и формулировать конкретные, определенные шаги к выздоровлению, предоставляет в распоряжение алкоголика ясную стратегию и достижимый план с измеримыми целями. Это критически важно для людей, страдающих от нарушения способности к абстрактному мышлению. Это дает им то, в чем они отчаянно нуждаются в начале лечения — направление, структуру и руководство. По мере постепенного восстановления когнитивного функционирования алкоголика можно начать применять альтернативные стратегии лечения. Со временем их мотивация, способность к новому обучению, консолидации информации, абстрактному мышлению и творчеству вернется к уровню функционирования до болезни. В этой точке алкоголики уже смогут использовать инсайт и самопонимание, а также автономно принимать решения. Тогда ведущие могут начать применять альтернативные способы лечения в своих терапевтических группах. Однако, до тех пор, пока алкоголики не

достигнут этой стадии, группа должна вестись в более структурированной и директивной манере.

Приспособление групповых интервенций к стадиям неврологической готовности имеет очень большой смысл для лечения. Уровень мотивации и степень готовности к поведенческим изменениям, которые разнятся от человека к человеку, осложняются наличием неврологической неполноценности той или иной степени. Несмотря на наличие сильной корреляции между психологической и неврологической готовностью, не все индивиды продемонстрируют один и тот же уровень мотивированности или отрицания. Личностные переменные взаимодействуют со специфическими свойствами определенных веществ. Некоторые аддикции оказывают гораздо большее воздействие на мозг, чем другие виды аддиктивного поведения. Когда многие когнитивно- и бихевиорально-ориентированные исследователи стремятся занести все зависимости под общий заголовок аддиктивного поведения, они рискуют чрезмерно генерализовать аддиктивный процесс. Пристрастие к никотину, к примеру, даже несмотря на то, что оно может угрожать жизни и во многом сходно с зависимостью от алкоголя и наркотиков, не приводит ни к какому виду непосредственных повреждений или поведенческих последствий, которыми характеризуется злоупотребление химическими веществами. Немногие будут настаивать на том, что злоупотребление никотином требует в лечении такого же напора и той же срочности, что и пристрастие к алкоголю или наркотикам. Пристрастие к химическим веществам часто сравнивается с аддикциями, подразумевающими компульсивную деятельность, типа азартных игр, занятий сексом и траты денег. Исследования, генерализующие результаты прекращения курения или сокращения приема кофеина на лечение от злоупотребления алкоголем или наркотиками, повинны в том, что создают ложное впечатление о полезности подобных подходов. Однако, несмотря на эти недостатки, можно многое получить, изучая уровни мотивации и стадии готовности к изменениям, что может иметь важные последствия для лечения алкоголика или наркомана.

В последние годы бихевиорально-ориентированные исследователи пытались количественно обозначить то, как происходит изменение человека. Большая часть их работы была посвящена аддикции и идентификации тех переменных, от которых зависит

принятие решения прекратить прием алкоголя или наркотиков. Одна из популярных концептуальных моделей выделяет пять стадий процесса изменения, связанных с уровнями мотивации индивида и требующих интервенционной стратегии от терапевта. Применяя свои концептуальные рамки к аддиктивным расстройствам, эта модель предполагает, что усиление мотивации или то, что некоторые называют «мотивационным интервьюированием», имеет большое значение лишь на самых ранних стадиях лечения зависимостей, когда люди еще амбивалентны или не заинтересованы в прекращении употребления химикатов. Мотивация индивидов к лечению по сути состоит в том, чтобы заставить их сильно поверить как в желанность, так и в возможность изменения. Тот, кто уже обладает этим убеждением, нуждается в небольшой помощи в этой области, но ему нужно большее руководство на поздних стадиях изменений, когда деятельность типа подготовки, предотвращения срыва и поддержания процесса выздоровления по необходимости становится приоритетной. В противовес такой позиции, другие верят в то, что мотивационные интервенции на ранних стадиях — это и вся помощь, которая может потребоваться некоторым индивидам в работе с их аддикцией. Как только человек готов оставить в прошлом стадию предварительного размышления, он сам будет предпринимать действия, необходимые для поддержания трезвости.

Стадии модели изменения для аддикции были сформулированы в работах Прохазки, ДиКлемента и их коллег (Prochaska и DiClemente, 1992; Prochaska, DiClemente и Norcross, 1992; DiClemente, Carbonairi и Velasquez, 1992). Они идентифицировали пять стадий изменения, происходящего как самопроизвольно, так и при профессиональных интервенциях.

Хорват (Hogvath, 1993) так описывает эту модель:

«Стадии модели изменения предполагают, что предварительное намерение, размышление, подготовка, действие и поддержание являются теми фазами, которые индивид повторяет вновь и вновь на пути к устойчивому разрешению проблемного поведения. Модель идентифицирует также десять процессов изменения (т.е., повышение сознательности, переоценка себя, управление подкреплением), конкретизирующие то, как оно происходит. Эти процессы изменения связаны со специфическими стадиями. К примеру, на стадии действия

пациент фокусируется на том, как управлять подкреплением (усиливать позитивные и снижать негативные стороны нового поведения). В период предварительного намерения пациент фокусируется частично на повышении сознательности. Концентрация на процессе изменения, не совпадающая с его стадией, оказывается крайне непродуктивной (например, попытка учить управлению подкреплением пациента, находящегося еще на стадии предварительного намерения)» (стр.474).

В этой перспективе отрицание и сопротивление выглядят как результаты несовпадения стратегии терапевта со стадией готовности наркомана или алкоголика к изменению. Прохазка и ДиКленте предполагают, что терапевт может увеличить или вызвать сопротивление и отрицание, если не будет осторожно подвергать пациента терапевтическим интервенциям, совпадающим со стадией его готовности к прекращению приема химических препаратов. Стадии изменений в этой модели таковы:

1. *Предварительное намерение.* Индивид не имеет стремления измениться, потому что он или не видит своих проблем, или не верит, что проблема достаточно серьезна. Иногда он считает, что изменение или слишком трудно, или невозможно. Обычно человек на этой стадии ищет терапии только по принуждению или потому, что по мнению других (супруга(и), работодателя, пенитенциарной системы и проч.), у него есть проблема со злоупотреблением веществами. Задача терапевта на этой стадии — войти в контакт с пациентом, вовлечь его и установить некую форму альянса, которая позволила бы усилить сомнения индивида в своей позиции. Таким людям нужна помощь в том, чтобы увидеть, что у них есть проблема, и что эта проблема напрямую касается или вызвана приемом химикатов. Они должны понять, что изменение не только благотворно, но и достижимо.
2. *Размышление.* Осознание того факта, что изменение может быть необходимо. Однако, на этой стадии доминирует двойственное отношение к началу этого изменения. Хотя человек до известной степени осознает последствия постоянного употребления химических веществ, он верит или в то, что не может измениться, или в то, что альтернативные и менее резкие методики (т.е. контролируемое питье) могут ему помочь. В задачу терапевта входит нарушение баланса или внушени-

ем надежды (изменение возможно), или представлением последствий неизмененного поведения (т.е., следует сказать героинным аддиктам, что они или вскорости умрут, или окажутся в тюрьме, если не прекратят прием наркотика).

3. *Подготовка.* Осознание того, что изменение необходимо, но неуверенность в том, как начать это изменение — вот самое существенное на этой стадии. Отсрочки и избегание могут осложнять эту фазу, если терапевт не будет помогать человеку определиться с наилучшим курсом действий достаточно быстро. Предоставление информации о возможностях лечения и поощрение человека, вплоть до руководства им и подталкивания к началу действий часто бывают необходимы в это время.
4. *Действие.* Это самая короткая стадия, характеризующаяся пиковым уровнем энергии, который может поддерживаться лишь очень ограниченное время. Альтернативные поведенческие возможности уже испробованы, и фрустрация наступит немедленно, если результаты не вознаграждены или если попытки их добиться сопровождаются чрезмерными осложнениями (например, процедурами при приеме в больницу или требованиями страховых документов). Терапевт должен оставаться чувствительным к хрупкому состоянию пациента на этой стадии процесса изменения и устранять все возможные помехи, помогая человеку помочь самому себе сделать необходимые шаги к изменению.
5. *Поддержка.* Существует большая разница между тем, чтобы достичь трезвости или чистоты, и тем, чтобы оставаться трезвым или чистым. Стратегии, направленные на то, чтобы сохранять трезвость в течение первых нескольких недель выздоровления, будут сильно отличаться от своих аналогов для трех, шести или двенадцати месяцев выздоровления. Изучение нового поведения, ценностей и установок, несовместимых с прошлым поведением, ценностями и установками — вот что существенно важно, если вы стремитесь к удержанию достигнутых изменений. Интеграция и ассимиляция двенадцатишаговой программы и ее философии является одним из самых существенных компонентов этого процесса. Научение тому, как использовать психотерапию и группу, станет еще одним существенным компонентом, если вы хотите поддерживать процесс выздоровления.

Профилактика срыва

Хотя срыв будет существенной частью стадии поддержания изменений, он должен находиться в постоянном фокусе внимания с самого начала действий по прекращению употребления алкоголя и наркотиков. Рецидивы неизбежны для большинства, если не для всех алкоголиков и наркоманов. Они могут стать бесценным обучающим опытом, если будут должным образом изучены и интегрированы. Тесная связь с другими выздоравливающими алкоголиками и наркоманами в двенадцатишаговых программах выздоровления приводит к тому, что научение на опыте срыва не всегда должно происходить за собственный счет: в этих программах люди имеют возможность учиться друг у друга, будучи свидетелями чужих рецидивов. Они очень скоро понимают, что срыв происходит в соответствии с прогнозируемым и легко узнаваемым паттерном. Это жизненно важно, поскольку рецидивы зачастую могут оказаться фатальными. Терапевт может предоставить информацию и руководство, объяснить типичныестораживающие признаки наступающего рецидива, что может помочь предотвратить его или минимизировать его влияние и длительность. Какой бы важной ни была эта информация, она не имеет ничего общего с воздействием срыва своего товарища – наркомана или алкоголика, и с эмоциональным пониманием, приобретенным его очевидцами.

Модель оценки готовности к изменениям Прохазки и ДиКлемементе может предоставить некоторые полезные инструменты для выработки стратегий, которые нужно применять в работе с химически зависимыми лицами с самого начала. Их работа подкрепляет все расширяющийся консенсус по поводу того, что традиционные методы психотерапии не могут применяться в работе с действующими алкоголиками или наркоманами. В то время как существуют некоторые противоречия относительно времени, когда химически зависимый индивид сможет извлечь пользу из психотерапии, растет согласие относительно того, что человек на ранних стадиях выздоровления скорее не будет реагировать и не сможет почувствовать преимуществ традиционных методов психотерапии, как это может сделать пациент на более поздних стадиях. Это касается как индивидуальной, так и групповой и семейной терапии. Недавняя обзорная статья (Kaufman и Reoux, 1988) рекомендует адаптиро-

вать стратегию лечения к трем различным фазам: 1) достижение трезвости; 2) раннее выздоровление или абстиненция; 3) продвинутая, или поздняя стадия выздоровления. Таким же образом Уоштон (Washton, 1992) рекомендует, чтобы наркоманы и алкоголики проходили через последовательные группы, фокусирующиеся на вопросах, значимых для их стадии выздоровления: 1) раннее выздоровление; 2) предотвращение рецидива или поддержание; 3) долгосрочное выздоровление.

Групповая терапия, особенно во время самых ранних стадий выздоровления, редко бывает единственной модальностью лечения. Обычно она является частью комплексной программы, одновременно обеспечивающей индивидуальную терапию, скрининг или тестирование на наркотики, семейное консультирование, образовательные лекции, детоксикацию и интеграцию в двенадцатишаговую программу. Вопрос о том, как может быть использовано групповое лечение, зависит от многочисленных факторов и зачастую противоречивых переменных. Существует и запутанный набор различных теорий изменения, применений, подходов и определений аддикции. Какой тип группы, для какого типа индивидов, в какого типа условиях лечения, для какого уровня зависимости, от какого вещества, с каким уровнем мотивации, на какой стадии выздоровления, для какой цели или намерения — все это должно оцениваться и тщательно продумываться. Ответ на каждый из этих вопросов должен быть тщательно взвешен, потому что он помогает оценить то, какую роль групповое лечение будет играть в выздоровлении наркомана или алкоголика. Для того чтобы разобраться во всех этих сложностях, следующие три главы будут посвящены тому, как лучше приспособить групповой терапевтический процесс к решению вопросов ранней, средней и поздней стадий выздоровления.

Глава 9.

Проблемы ранней стадии лечения

На ранней стадии лечения мы прежде всего имеем дело с фазами предварительного намерения, размышления и с подготовительной фазой изменений, что подчеркивали Прохазка и ДиКлементе (Prochaska, DiClemente, 1992). Большая часть энергии терапевта будет направлена на то, чтобы алкоголики, наркоманы и страдающие другого вида зависимостями признали, приняли и оставили в прошлом высокую степень амбивалентности и отрицания. Ведущие групп для начинающих очень скоро обнаруживают, что лишь очень немногие алкоголики и аддикты вступают на путь излечения по своей воле. Следовательно, в момент первоначального знакомства подобного рода пациентов с группой и лечением они обычно находятся или под сильнейшим давлением со стороны семьи, работодателя или суда, или же их вынуждают к этому шагу серьезные проблемы со здоровьем, вызванные употреблением химических препаратов. Ведущий обнаруживает, что многие из участников группы пребывают в тяжелом эмоциональном состоянии, характеризующемся чувством вины, стыда и депрессии, или же упрямятся и злятся, поскольку кто-то другой заставил их подчиниться требованиям, которые представляются им неправильными, несправедливыми и карательными. Даже если химически зависимый индивид соглашается с тем, что ему (или ей) необходимо лечение, он обычно лелеет желание пить и принимать наркотики безопасным и нормальным образом. Его согласие на лечение больше мотивируется угрызениями совести и желанием избежать дальнейших обвинений, нежели реальным желанием активно искать способ достичь в нем успеха. Таким образом, ведущий группы оказывается перед лицом трудной задачи взаимодействия с сопротивлением пациентов на двух разных уровнях. Когда участники не проявляют активно бунтарских настроений и сопротивления, они обычно очень стараются создать у персонала и ведущего впечатление, что они активно вовлечены в процесс собственного лечения и выздоровления. Это ставит терапевта перед деликатной проблемой, поскольку те члены

группы, которые демонстрируют активное сопротивление, как правило, легче поддаются лечению, нежели те, что пассивно соглашаются.

Фасад добровольного подчинения должен быть увиден как способ манипулирования процессом лечения, или же выздоровление будет мотивироваться лишь желанием освободиться от внешнего давления и неприятностей. В любом случае, подобного рода позиция пациентов должна быть конфронтирована и изменена. И, как правило, быстро — в течение двадцати восьми дней, поскольку такова продолжительность обычной стационарной программы. Пока это не выполнено, программа АА не будет усвоена, и пациент никогда не сможет взять на себя личную ответственность за свое выздоровление и воздержание. Несмотря на то, что групповая психотерапия может быть заметным дополнением к лечению алкоголиков и наркоманов, ведущие все же обнаруживают, что лишь немногие пациенты хотят полностью выполнять всё необходимое для успешного лечения своей зависимости. В основной массе алкоголики и наркоманы имеют низкий уровень мотивации на воздержание от употребления алкоголя и наркотиков. Это особенно верно на ранних, начальных стадиях лечения, когда уровень индуцированной алкоголем или наркотиками когнитивной недостаточности наиболее тяжел, а они в наибольшей степени ригидны и ограничены в своей способности находить альтернативные решения для застарелых проблем. Даже если алкоголики и аддикты начинают лечение полностью по своей воле и обладают сильным внутренним желанием прекратить употребление химических препаратов, многим из этих пациентов трудно делать все необходимое для обеспечения своего выздоровления — из-за присущей им (в разной степени) патологии характера. Подобное состояние становится еще более тяжелым, если прием химических препаратов прекращен недавно, что делает пациентов еще более мятежными, подозрительными и манипулятивными.

Искусство лечения аддикций состоит в преодолении невероятно сильного отрицания и сопротивления — пассивного или активного, — которым обладает большинство алкоголиков и наркоманов. Подобная установка в лечении поднимает множество важных этических и терапевтических вопросов. Конфронтация, если она оказывается чересчур наказующей или мотивируется контрпереносом ведущего, может сильно навредить терапевтическому

альянсу. Однако, ведущий не может позволить себе отдалиться и принять позицию терапевтической нейтральности, поскольку время и тяжесть состояния химически зависимого пациента, а также отсутствие у него мотивации мешают нормальной эволюции психотерапии, обычно имеющей место с большинством неаддиктивных пациентов. Лечение химически зависимых лиц требует от ведущего драматического сдвига фокуса внимания и использования техник, с которыми обычно он не столь хорошо знаком, и не обладает достаточно большим опытом их использования. Конфронтация, интервенция, принуждение и использование терапевтических рычагов — это техники, которые могут обладать вредоносным воздействием на человека или группу, если они применены неподходящим образом или огульно. Такой подход к лечению зачастую полностью противоречит большинству современных форм психотерапии, и многие ведущие групп или неловко себя чувствуют, применяя его, или не понимают подлинного смысла его применения. Вследствие этого, данные методы часто используют неверно, игнорируют или применяют чересчур ревностно. В некоторых случаях ведущие, незнакомые с настоящим способом применения подобных методов, используют их без разбора для всех членов группы с одинаковой интенсивностью и все время. Они не способны понять, что некоторые алкоголики или аддикты нуждаются в этих методах в меньшей степени, а некоторые в большей. Они не могут относиться к членам группы как к индивидуальностям, и подобные техники применяются ради самих техник. То, что будет подходящей конфронтацией для алкоголика в начале лечения, станет совершенно деструктивным для того же самого алкоголика на более поздних этапах терапии.

Важно помнить о том, что защитные действия предпринимаются не только для эффективного нормального функционирования, но и для избегания тревоги. Таким образом, конфронтационные техники, используемые единственно как инструменты для того, чтобы пробиться через ригидные защиты алкоголиков и наркоманов, скорее всего, будут увеличивать тревогу и, таким образом, лишь спровоцируют избегание и отрицание. Замыкание в себе, избегание или примиренческие ответные реакции также могут вызываться этими техниками, что, в свою очередь, усилит ригидные паттерны мышления и поведения и, таким образом, увеличит сопротивление изменениям. Во многих случаях лечебный

эффект может быть усилен более косвенным использованием конфронтации. Кроме того, любые тенденции к пассивному подчинению (согласие с персоналом или ведущим группы во избежание тревожности, сопутствующей конфронтации) лишь углубляются прямыми атаками. Так что косвенная конфронтация еще и уменьшает вероятность пассивно-подчиненных форм сопротивления.

Это вплотную подводит нас к цели написания настоящей главы. Каждая из этих техник — принуждение, использование терапевтических рычагов, конфронтация и интервенция — будут рассмотрены с точки зрения определения пределов их полезности и применимости. Обычно, если не всегда, подобные техники гораздо лучше подходят для ранних стадий лечения. Они должны использоваться или для того, чтобы химически зависимые лица осознали масштабы своих трудностей, в надежде на то, что они начнут лечение, или, если они уже лечатся, для того, чтобы помочь им понять, в какой серьезной степени их чувства не соответствуют их действиям. Вкратце, эти техники могут помочь людям честнее взглянуть на самих себя и (будем надеяться) признать, что самообман вносит существенный вклад в предельную сложность их положения.

Особые проблемы аддиктивного пациента

Главная тема в лечении аддиктивных пациентов — это доведение до их восприятия и понимания связи нынешних трудностей в их жизни с тем, что они злоупотребляют алкоголем или наркотиками. Когда эта задача выполнена, пациентов нужно заставить увидеть преимущества не-пития или не-употребления наркотиков в сравнении с проблемами, возникающими при продолжительном применении веществ. Подобный выбор должен быть взвешен каждым пациентом в отдельности, и каждый должен принять личное решение. Однако, будучи оставленными и вынужденными полагаться лишь на собственные ресурсы, наркоманы и алкоголики (в большинстве своем) станут цепляться за убеждение, что однажды, в один прекрасный день, они добьются возможности нормального и здорового приема наркотиков и алкоголя. Хотя большинство терапевтов обучены тому, как важно не принимать решений за пациентов, и тому, что терапевтический альянс ни в коем случае не должен подвергаться риску, ведущий обязан тщательно взвесить подобную установку, если ведет группу, члены которой в на-

стоящий момент бьются над этим решением на ранней стадии выздоровления. Как отмечает Шоур: «Терапевтам, которые остаются нестигаемо поддерживающими в то время, как алкоголики продолжают убивать себя пьянством, следовало бы пересмотреть моральные следствия своей позиции» (Shore, 1981, стр.13).

Алкоголики и аддикты в группе последовательно ставят ведущего перед лицом новых и уникальных проблем. Работа с этими людьми требует от ведущего переоценки многих конвенциональных и неоспоримых мнений о процессе лечения. Подход, чрезвычайно эффективный с неаддиктивными пациентами, может оказаться совершенно неподходящим для того, кто в настоящее время зависим или находится на ранних стадиях выздоровления. Ведущий должен также осознавать, что защиты многих алкоголиков и наркоманов весьма изощренны, и обычно они мастерски применяют эти защиты в группе, пытаясь сразить терапевта. В отличие от невротиков или неаддиктивных пациентов, приходящих на лечение по собственной доброй воле и активно ищущих помощи в освобождении от симптомов, большинство зависимых пациентов или жаждут убедить ведущего и персонал в том, что произошла чудовищная ошибка при направлении их на лечение, или прибегают ко всякого рода уловкам, пытаясь заставить ведущего сконцентрироваться на их «подлинной» проблеме. Эту проблему они часто считают корнем своего патологического употребления химикатов. Втайне пациент надеется, что как только эта базовая проблема будет обнаружена, он или она сможет вновь вернуться к нормальному потреблению препаратов. Химически зависимые люди будут подчеркивать эту тему, поскольку пьянство или наркотики зачастую оказываются единственным удовольствием, которое, как они чувствуют, они могут получить от жизни — удовольствие, которое нужно защитить любой ценой.

Защитные механизмы

Неверные представления об алкоголе и наркотиках, характерные для алкоголиков и наркоманов, обычно являются результатом выработанного ими набора защитных механизмов. Неофрейдисты первыми сделали различие между здоровыми защитами эго (такими, как сублимация и интеллектуализация) и нездоровыми (такими, как отрицание и вытеснение). Терапевты должны понимать, что подавление и защиты эго суть нормальный, здоровый процесс, от-

ражающий тенденцию индивида к избирательному забыванию негативных переживаний, которые могут быть слишком болезненными или дискомфортными. Все мы используем подавление и защиты эго в своих попытках справиться с повседневными проблемами. И только когда степень подавления достигает таких величин, что начинает отрицать реальность, проявляются симптомы болезни. Когда защитные механизмы используются так часто и интенсивно, что нарушается тестирование реальности, человека нужно подтолкнуть к осознанию того, насколько неадекватна его защитная позиция. Конфронтация с подобными рода неверными представлениями оказывается решающим фактором в лечении алкоголиков и наркоманов, поскольку негодные защитные механизмы и вытеснение являются ключевыми заблуждениями, которые ведущий группы обязан распознать и проработать, прежде чем станет возможным какой бы то ни было прогресс в лечении. Боровиц (Borowitz, 1964) выдвинул следующую гипотезу: базовый психологический эффект алкоголя заключается в том, чтобы изменить эго-функцию, что влечет за собой снижение активности восприятия. И действительно, алкоголиков и наркоманов обычно считают людьми, обладающими плохо развитым эго и неадекватными защитами. Вернон Джонсон (Vernon Johnson, 1973) соглашается с этим и убежден, что алкоголики не способны воспринимать в точности то, что с ними происходит, поскольку динамики болезни слишком сложны. Аддикция — замысловатый процесс, включающий в себя взаимосвязь вытеснения, разрушения коры головного мозга и нарушения способности к суждению. Чтобы помогать людям, ведущему важно не столько знать, почему они стали алкоголиками или наркоманами, сколько понимать динамики аддиктивного процесса.

Алкоголики или наркоманы — это хронически больные люди, болезнь которых прогрессирует. Это важно помнить, поскольку по мере того, как ухудшается их положение, сила их эго ослабевает, и образ себя разрушается. Вина, стыд и угрызения совести — вот те факторы, которые часто заставляют их вырабатывать изоэтранные защитные механизмы, чтобы контролировать дискомфортные эмоции. По мере того, как эмоциональная боль нарастает, защиты становятся все более ригидными. В конце концов, эти люди становятся жертвами собственных защитных механизмов.

Марти Мэнн (Marty Mann, 1973), в ряду прочих, указывал на важность исправления неверных представлений и заблуждений

пациентов об алкоголизме как болезни. Алкоголики, по мнению Мэнна, разделяют мнение общества о том, что алкоголизм — это моральная неполноценность. Алкоголики и наркоманы обычно не считают себя физически зависимыми, и именно в этом — одна из причин того, почему они прилагают все усилия к отрицанию того факта, что их проблемой является аддикция. Вина и угрызения совести, которые они испытывают из-за своего пристрастия к выпивке или наркотикам, приводят их к тому, что они отказываются признавать или получать помощь. Концепция болезни убеждает их в том, что они не плохи, а, скорее, больны. Это уменьшает их чувство вины. Любая модальность лечения, помогающая алкоголикам и наркоманам принять себя в качестве хоть сколько-нибудь ценных индивидов, поможет их выздоровлению. Повышение самооценки и самоуважения является важным фактором лечения.

Рут Фокс резюмирует эти положения следующим образом:

«Алкоголика нужно убедить в том, что алкоголизм рассматривается медициной и другими авторитетами в области здоровья как болезнь, а не как моральное падение или мерзкая слабость, потакающая своим желаниям. Обычно непосредственным результатом такой уверенности оказывается отток эмоций, которые сужают и искажают образ себя и видение алкоголиком своей проблемы, и освобождение от огромного чувства вины, парализующего способность пациента предпринимать шаги к выздоровлению». (Puth Fox, 1967, стр.54)

Позиция Фокс повторяет психоаналитическое убеждение в том, что если обнаружена причина вытеснения, вытесненный материал быстро всплывает в сознании пациента. Другими словами, если угроза устранена, то вытесненный материал может безопасно возвратиться в осознание. Именно на этой стадии выздоровления алкоголики и наркоманы оказываются способными реалистически взглянуть на свою болезнь.

Возвращение в сознание вытесненных чувств оказывается критической стадией в процессе выздоровления по целому ряду причин. Алкоголики и наркоманы теперь могут познакомиться с самими собой на более значимом уровне. Принятие собственной болезни и зависимости — это важный первый шаг из двенадцати шагов АА. Джонсон предполагает, что

«Эффект этой новой ступени самоосознания заключается в том, что возникает потребность уменьшить груз моральной тревоги и вины, которая оказалась в фокусе сознания... Каким-то образом алкоголик сейчас прозревает истину: подобные дефекты характера суть признаки его болезни, а выздоровление зависит от их устранения». (1973, стр.116)

Психоаналитическая теория в общем поддерживает точку зрения Джонсона на то, что эмоциональный компонент такого осознания является предпосылкой выздоровления. Сходным же образом рассуждает и Немия:

«Боль усиливается до невыносимости из-за гнева, произрастающего из их амбивалентности. Для того, чтобы защитить себя от боли, они используют механизмы защиты, далекие от нормальных: отрицание потери приводит к блокированию процесса горевания..., что в результате заканчивается появлением разнообразных соматических жалоб, неистовым самобичеванием и самоубийством» (Nemiah, 1961, стр.63).

Именно через боль и горе алкоголики и наркоманы могут реалистично встретить и принять осознание своего положения. Только через эмоциональный катарсис и кризис они наконец обращаются к Богу и к другим, признаваясь в том, что их жизнь безнадежна пред лицом их химической зависимости. Это та стадия, которую АА выделяют как капитуляцию перед признанием, что алкоголик болен. Такой процесс не может быть только интеллектуальным осознанием. Он требует также понимания на эмоциональном и духовном уровнях.

В этой точке для продолжения терапии чрезвычайно важно, чтобы ведущий не поддавался манипуляции и не предпринимал попыток вести терапию, ориентированную на инсайт, с пациентом, который продолжает пить или принимать наркотики. Ведущий группы должен предельно ясно донести до пациента, что сначала должна наступить абстиненция. Даже в тех случаях, когда аддикции сопутствует глубинная психопатология, патологическое пьянство может убить задолго до того, как будет обнаружена его причина. Очень часто воздержание приводит к улучшению большинства тех обстоятельств, которые алкоголик или наркоман ранее считал причинами своего пьянства и употребления наркотиков.

Джонсон (1973) видит в устранении или облегчении чувства вины и угрызений совести важный компонент лечения. Но это происходит лишь после того, как достигнута абстиненция. «Наиболее удивительное наше наблюдение состояло в том, что алкоголизм не может существовать там, где нет конфликта между системой ценностей и поведением пьющего» (стр.75). Продолжая, Джонсон приходит к заключению: «Все очень просто, лечение включает в себя терапию, направленную на возвращение пациента к реальности» (стр.75). Именно посредством конфронтации вытеснения и отрицания возникает возможность тестирования реальности и сопутствующий эмоциональный катарсис.

Альбрехт (Albrecht, 1969) подводит итог такой позиции, заключая, что «Во время этой фазы тяжелой алкоголизации индивид становится особо искусным в использовании отрицания, рационализации и проекции, только бы избежать полноценной конфронтации с проблемой собственного пьянства. Он отрицает, что у него есть такая проблема: он находит множество причин для приема алкоголя и обвиняет других в том, что пьет» (стр.15). Алкоголики и наркоманы не только не осознают своей высокоразвитой защитной системы, они, кроме того, не осознают мощного чувства ненависти к самим себе, скрытого позади нее. Защитные механизмы продолжают расти, чтобы алкоголики могли выжить перед лицом своих проблем. Чем большую боль они испытывают, тем сильнее и ригиднее защиты. Таким образом, алкоголики и наркоманы с течением времени становятся все более и более ригидными в своих защитных процессах. Это лишь добавляет сложностей в работу ведущего группы, борющегося за то, чтобы алкоголик или наркоман увидел своё положение в более реальном свете. По мере того, как алкоголики или наркоманы подчиняются требованиям своих ригидных защит, они все сильнее теряют связь со своими чувствами. В таких обстоятельствах задача ведущего на ранних стадиях лечения становится абсолютно ясной и определенной. Он (или она) должен помочь алкоголикам и наркоманам (1) обнаружить, что и они сами, и другие — чувствующие личности и (2) идентифицировать защиты, которые мешали совершению этого открытия.

Обучение алкоголиков и наркоманов распознавать свои чувства важно по двум причинам. Во-первых, чувство и спонтанное самовыражение чаще всего оказывается наиболее честным. Гораздо полезнее проявляться, чем быть правым. Спонтанное самовы-

ражение может выпустить на волю как позитивные, так и негативные эмоции, которые нужно распознать и с которыми нужно иметь дело. Это — единственный способ, которым можно достичь изменения ригидных защитных механизмов алкоголиков и наркоманов и восстановить их способность к тестированию реальности. Во вторых, чрезвычайно важно знать, что ты чувствуешь в данный момент, поскольку необходимо ощущать с такой же точностью и чувства другого человека. Если алкоголики и наркоманы должны вернуться в мир «живых», то они должны быть способны общаться с другими людьми аккуратно и эмпатично.

Конфронтация зачастую становится единственным способом изменения их саморазрушительных и ригидных защит. Однако, критически важно то, как используется конфронтация. Существуют ее конструктивные и деструктивные формы. Алкоголику нужен кто-то, кто реалистически назовет вещи своими именами, не занимая карательной, моралистической или превосходящей позиции. Вернон Джонсон иллюстрирует то, как атака на человека часто ошибочно принимается за конфронтацию. Атака лишь усиливает защиты. Конфронтация, с другой стороны, может быть определена как описание индивида таким способом, который, скорее всего, будет им принят. Джонсон утверждает, что «Конфронтируя, мы оказываемся наиболее полезны, когда пытаемся не столько изменить другого человека, сколько помочь ему точнее увидеть себя».

Принуждение

Однако, прежде чем в группе можно будет применять техники конфронтации, необходимо, чтобы алкоголики или наркоманы начали стремиться к лечению. Во многих, если не в большинстве случаев, это оказывается единственным серьезным препятствием. Необходимо выработать и поддерживать до-лечебную стратегию, гарантирующую, что сопротивляющихся пациентов адекватным образом вынудят стремиться к лечению, особенно в тех случаях, когда они не способны или не хотят видеть реальности своего положения. Принуждение искать лечения, однако, является весьма противоречивой проблемой, имеющей множество этических, правовых и практических аспектов. Вопросы о правах человека и его свободе отказаться от лечения, даже если его поведение может стать угрозой как для него самого, так и для общества — это не те вопросы, которые легко разрешить или на которые легко найти ответ (Wald,

1974). Помимо ключевых и популярных вопросов о посягательстве на права человека и вмешательстве в частную жизнь, существует еще и проблема сомнительной эффективности случаев, когда к лечению прибегают по принуждению, когда отсутствует кооперация и мотивация к излечению. В области психотерапии и консультирования является аксиомой тот факт, что клиенты должны вложить в процесс лечения большую часть себя, чтобы терапия была успешной (Perls, 1969; Schultz, 1969; Rogers, 1942; Carkhuff, 1969). Однако, сейчас постепенно становится очевидным, что, возможно, подобный подход не так уж и правилен, в особенности в случае с алкоголиками (Bourne и Fox, 1973; Johnson, 1973).

Рут Фокс (1967) объявила, что для того, чтобы принимать терапевтические меры, нет необходимости ждать, пока алкоголик достигнет дна или мотивирует себя к лечению. Стерн и Питтман (Sterne, Pittman, 1965) просто продемонстрировали, что зачастую именно психотерапевту или ведущему, а вовсе не аддикту или алкоголику, необходима мотивация. Шафтез, Блэйн и Хилл (Shaftez, Blane & Hill, 1970) показали, что представители помогающих профессий могут мотивировать сопротивляющихся пациентов к лечению прямым удовлетворением очевидной потребности пациентов в зависимости, общением посредством действия, заботой о низкой самооценке пациентов, а также постоянством своего внимания. Как последовательно показывают Анонимные Алкоголики и Ал-Анон, новое или измененное отношение окружения проблемного пьяницы зачастую мотивирует его на поиск помощи по собственной воле (Bailey и Leach, 1965).

Отрицание

Теоретики и практики в области аддикций уже пришли к общему согласию о том, что алкоголики и аддикты в целом располагают особенно скудными защитами эго (Johnson, 1973, Bourne и Fox, 1973; Jellinek, 1960; Weinberg, 1976).

Рационализация и отрицание — настолько частые компоненты болезни алкоголиков и наркоманов, что эти защитные механизмы эго стали синонимами аддиктивного процесса. Большинство теоретиков признают необходимость идентификации системы отрицания и прорыва сквозь нее до того, как будет начато успешное выздоровление (Фонд Хэзелден, Институт Джонсона и т.д.). Отрицание часто является передовой частью болезни алкоголика

или наркомана. Оно становится переразвитым, все более ригидным и все менее допускающим проникновение на поздних стадиях, вплоть до почти полной утраты связи с реальностью (Jellinek, 1960). Алкоголики или зависимые на поздних стадиях заболевания минимизируют, рационализируют и отрицают любые проблемы с алкоголем или наркотиками, обычно проецируя причины своих проблем на других. Вина, утрызения совести и ухудшение способности к суждению увековечивают аддиктивный цикл, приводящий к полному отрицанию алкоголиком или наркоманом любой ответственности по своим обязательствам (Johnson, 1973). Вайнберг (Weinberg, 1976) заметил, что тенденция семьи, друзей и профессиональных помощников избегать этой темы в общении с алкоголиками и наркоманами на ранних стадиях их болезни создает социальную среду, способствующую отрицанию. До той поры, пока не изменится культурная установка, утверждал Вайнберг, профессионалы будут фрустрированы упрямым сопротивлением изменению.

Другие теоретики не соглашались с этим утверждением и предлагают стратегии эффективного решения проблемы. Сейчас уже понятно, каким образом изоэгранные эго-защиты и сильная система отрицания алкоголиков и наркоманов зачастую приводят множество консультантов, судей и других профессионалов помогающих профессий к ошибочному выводу о том, что алкоголик или наркоман должен достичь дна, чтобы ему можно было помочь. Реальность свидетельствует о том, что это неверно (Bourne и Fox, 1973; Johnson, 1973). Фокс (1967) утверждал, что алкоголики ни за что не задумаются о том, чтобы бросить алкоголь, до той поры, пока страдания, приносимые им, не станут больше, чем удовольствие. Общее мнение сходится на том, что алкоголики или наркоманы должны утратить что-то действительно важное для них, или, по крайней мере, встать перед лицом угрозы такой потери (Bourne и Fox, 1973; Johnson, 1973).

Вернон Джонсон (1973) подчеркивал, что ожидать того момента, когда алкоголик или наркоман достигнет дна, весьма опасно. Он считает необходимым тренировать консультантов на распознавание «крика о помощи» алкоголиков или наркоманов и их «непокорной зависимости», как компонентов процесса лечения, которые консультанты смогут использовать, как только идентифицируют. Свидетельства индустриальных программ указывают на то, что кризис, индуцированный значимыми людьми в присут-

ствии специалиста, конфронтующего и поддерживающего их обвинения, может стать действенной альтернативой предыдущим способам лечения.

Программы помощи персоналу

Общепринятое мнение и исследования поддерживают стратегию «конструктивного принуждения» (Minovitz, 1973) или «силового принуждения» (Murray, 1973), как конкурентоспособную альтернативу для индукции кризиса в жизни алкоголика. Лью (Lew, 1973), проведя исследование в процессе индустриальной лечебной программы, убедился, что алкоголики мотивированы на изменение, когда находятся в кризисе, и что если ничто не вынуждает их принимать все последствия своего поведения, то они вряд ли будут мотивированы к выздоровлению. Другое исследование (Lemere, 1958; Gerard, 1962; Tiebout, 1961) указывает, что основное значение программ помощи персоналу лежит в праве нанимателя вызвать связанный с работой кризис в жизни алкоголика или наркомана в тот период, когда те еще работают. Апелляция к прописанной политике компании, конфронтующая плохую работу и прогулы, избегая прямых обвинений в алкоголизме или наркотической зависимости, обычно приводит к успеху, побуждая обратиться к лечению. Зачастую гарантированная работа оказывается основным двигателем отрицания. Как только она оказывается под угрозой, отрицание начинает давать трещины.

Сила работодателя и супервизора (контролера) заключена в неотъемлемом характере контролирующей роли. Супервизоры обучены быть готовыми к действию, и располагают большей властью, чем супруг(а), друзья, священник или врач. Предыдущие попытки использовать семью, как место для идентификации развивающегося проблемного пьяницы, оказались бесплодными из-за диффузных эмоциональных отношений, характерных для семейной структуры и процесса (Департамент здоровья, образования и благосостояния, 1974).

Независимое исследование, проведенное Национальным Институтом Злоупотребления Алкоголем и Алкоголизма (1962), показывает, что 70-процентный успех, достигаемый в промышленных программах, часто не имеет себе равных, даже среди Анонимных Алкоголиков. Большинство других методов лечения рапортуют об успешных результатах, редко превышающих 20-процентный уро-

вень. Это позволяет предположить, что высоко конфронтационная природа промышленных программ и АА создает атмосферу, облегчающую успешное лечение алкоголиков. Суд также наделяется силой вызывать кризис посредством конфронтации.

Конструктивная конфронтационная стратегия требует специфических допущений. Принуждение, в какой-либо форме — необходимый элемент человеческого поведения (Simmel, 1950). Поскольку общество не обеспечивает ясных норм в отношении использования алкоголя и наркотиков, начинающие алкоголики или наркоманы редко подвергаются последовательным санкциям; таким образом, они располагают лишь немногими рычагами внутреннего контроля для управления своим поведением (Inkeles, 1968). Вынуждение к сотрудничеству освобождает алкоголика или наркомана от бремени выработки собственной мотивации. Такая стратегия скорее активизирует и использует существующие методы социального контроля внутри системы, а не толкает отклонившихся от системы в специализированные контролируемые условия.

Принуждение, установки и мотивация в лечении

Похоже, что одна из проблем мотивации алкоголика или наркомана к приятию лечения заключается в том, что нежелание со стороны пациента искать или принимать помощь является по своей природе психологическим. Это особенно верно, если процедура лечения незнакома и, возможно, таит в себе угрозу. Кантер (Canter, 1969) проверил эту гипотезу и пришел к заключению, что информирование алкоголиков и наркоманов о различных подходах к лечению увеличивает их восприимчивость к нему. Росси (Rossi, 1972) пришел к сходному выводу и предположил, что мотивация алкоголиков и наркоманов к приятию лечения является не только лишь внутренним фактором, но связана с характером социального окружения и личностью профессионала-помощника. Далее Росси предположил, что мотивация пациента на излечение может рассматриваться как многоуровневое взаимодействие пациента, его окружения и психотерапевта. Результаты исследования Деви-то (Devito, 1969) подобным же образом обнадеживают и придают вес гипотезе о ценности жесткого внешнего контроля для успешного лечения алкоголиков и наркоманов.

Закс (Zax, 1961) продемонстрировал, что значимые отношения в процессе консультирования усиливают тенденцию оставаться

на лечении подольше. Ведель (Wedel, 1965) в сходном исследовании пришел к заключению о том, что усилия социальных работников обладали большой личной значимостью для некоторых индивидов. Ведель обнаружил, что некоторые алкоголики и аддикты в этом исследовании обладали достаточной силой эго, чтобы прекратить пить; мотивация же должна была исходить из других источников, таких, как религиозная вера, групповая вовлеченность или семейные соображения. Стерн и Питтман (1965) изучили понятие мотивации, чтобы определить, до какой степени она критична для выздоровления. Они пришли к заключению, что большинство людей, оказывающих профессиональную помощь, слишком полагаются на веру в то, что мотивация клиента является основным фактором успеха в лечении. Неудача в принятии алкоголика или наркомана в качестве клиента и отсутствие успеха в лечении зачастую очень удобно объясняются отсутствием мотивации у клиента. Их находки предполагают необходимость улучшения профессионального обучения. Кроме того, они пришли к заключению о необходимости систематического исследования, позволяющего выделить факторы, которые способствуют принятию лечения алкоголиком или наркоманом.

Хотя для юридической структуры или работодателя принудительное начало процесса лечения иногда имеет решающее значение, существует также и исследование, указывающее на то, что некоторые наркоманы и алкоголики не нуждаются в давлении для того, чтобы сохранять постоянную активную вовлеченность в процесс выздоровления (Heitler, 1976). Другое исследование, однако, говорит о важности силы в качестве существенной части лечения (Sexias, 1976). Другие свидетельства предполагают, что индивиды, лечащиеся принудительно, ведут себя не лучше и не хуже, чем те, кто предположительно решился на лечение по собственной воле. Исследование Бибба (Bibb, 1970) приводит к заключению, что результаты амбулаторного лечения как повода для условного освобождения могут быть сравнимы с результатами, полученными с добровольными пациентами, если только условия освобождения устанавливаются не терапевтом, а кем-то другим.

Как правило, эти исследования показывают, что негативные ожидания и установки психотерапевтов и ведущих групп оказывают негативное действие на показатели успеха лечения. Эффективное взаимодействие с неохотно идущим на лечение пациентом может быть

наилучшим показателем компетентности ведущего группы или психотерапевта. Недобровольные клиенты могут составлять большинство группы или же большую часть клиентуры психотерапевта, и тогда недостаточное обучение в области адекватного обращения с враждебностью клиента и его нежеланием лечиться может оказаться единственным и самым существенным фактором, приводящим к неуспеху лечения. Действительно, многим профессионалам просто недостает образования и тренинга, чтобы легко и умело обращаться с сопротивляющимися пациентами.

Важно подчеркнуть, что принуждение принимает множество тонких форм, и вовсе не обязательно должно быть таким очевидным, как давление со стороны работодателя или суда. Несчастливые супруги, беспокоящиеся друзья, озабоченные доктора и недовольные шефы все вместе зачастую используют незримое давление, которое заставляет людей, отягощенных множеством проблем различного рода, прийти на консультацию, даже если эти индивиды и не согласны с наличием у себя проблемы. В данном случае предполагается, что индивиды, стремящиеся к психотерапии сами по себе, по своей собственной воле, скорее будут исключением, нежели правилом. Имея дело с подобными пациентами, ведущий группы должен знать, как пользоваться своими терапевтическими рычагами для обеспечения максимальной пользы от лечения.

Использование терапевтических рычагов

Ведущие группы должны осознавать, что алкоголики и наркоманы не откажутся от алкоголя или наркотиков до тех пор, пока боль и дисфория, которую они ощущают, не перевесит удовольствие и эйфорию, получаемые ими от употребления. Следовательно, алкоголиков и наркоманов нужно подтолкнуть к тому, чтобы они увидели, каким образом алкоголь и наркотики поражают важные области их жизни. Кроме того, ведущий группы должен понять, чему именно из чрезвычайно значимых вещей в жизни алкоголика или наркомана может угрожать продолжение пьянства или употребления наркотиков. Для некоторых это — работа. Для других — супруг или супруга, здоровье, семья, самоуважение. В некоторых случаях это может быть даже угроза тюремного заключения. Подобное знание важно, поскольку его можно использовать для побуждения или даже принуждения индивидов к использованию инструментов лечения, группы или АА. Поскольку алкоголь и нар-

котики поражают способность к суждению и в большинстве случаев хронического употребления вызывают временное, но достаточно серьезное когнитивное расстройство, многие пациенты не способны точно понимать, интерпретировать и воспринимать истинную природу своего состояния, и еще меньше способны принимать ясные, разумные решения, могущие оказать глубокое воздействие на их жизнь, семью, здоровье и работу. Для ведущего группы важно понимать необходимость использования терапевтических рычагов для того, чтобы вести алкоголиков или наркоманов через первые этапы лечения. Это необходимо до тех пор, пока пациенты сами не окажутся способными делать разумный выбор. Убедить пациентов попробовать сделать это так, как предлагает ведущий (под угрозой потери жены, работы, здоровья или под угрозой тюремного заключения) можно в смягченной форме, сказав членам группы, что если после года таких попыток им не подойдет этот способ, они могут попробовать по-своему.

Члены группы, обеспокоенные своим физическим состоянием, должны часто делать анализы и иметь возможность свободно консультироваться у доктора. Особенно важны анализы функционирования печени и неврологические исследования. Данные компьютерной томографии, говорящие о церебральной атрофии, несмотря на сложность и дороговизну, могут быть очень важной опорой для терапевтических рычагов, особенно в свете большого количества исследовательских данных, демонстрирующих обратимость этого состояния в случае длительной трезвости. Психологическое тестирование, особенно с акцентом на нейропсихологическую оценку, может предоставить пациенту свидетельство того же самого по гораздо более умеренной цене. Данные психологического и нейропсихологического тестирования могут быть даже более впечатляющими, поскольку они конкретны и имеют отношение к специфическому демонстрируемому поведению. Если показать алкоголику или наркоману, что его IQ и баллы по абстрактному рассуждению явно низки, то можно заметным образом повлиять на его мотивацию к воздержанию от дальнейшего употребления химических препаратов, особенно если предупредить пациента, что дальнейшее хроническое употребление может вызвать постоянное и необратимое повреждение мозга.

Если алкоголик или наркоман женат, или его личные отношения достаточно значимы, ведущий группы обычно обнаруживает, что

в браке или в этих отношениях существует масса трудностей. Во многих случаях супруг (супруга) или угрожает разводом, или находится в процессе развода, или живет отдельно. Если брак или отношения важны для пациента, и особенно если супруг(супруга) не является таким же аддиктом, то это может оказаться важным терапевтическим рычагом. Муж или жена алкоголика (или значимый друг(ой)) также должны быть вовлечены в процесс лечения. Это особенно важно, если пациент госпитализирован и подвергается стационарному двадцативосьмидневному лечению. Участие в сессиях АА и совместной терапии не позволит супругу (супруге) или значимому другу (подруге) укрыться за самозащитным поведением, которое могло бы оказаться угрозой для терапии. Вклад такого человека может оказаться очень полезным для лечения, если использовать его правильно. Он или она может поддерживать алкоголика или наркомана, или предоставлять информацию и наблюдения, которые помогут укрепить терапевтические рычаги. Однако супругов следует научить не произносить угроз всуе. Поддерживать стоит лишь угрозу разделения или развода, если они действительно намерены сделать это. Такая позиция супруги или значимого человека часто может служить могущественной мотивирующей силой в процессе выздоровления химически зависимого субъекта.

Пациенты, переживающие из-за своего алкоголизма или наркомании трудности на работе, могут оказаться под чрезвычайным давлением, вынуждающим их к воздержанию. Особенно, если это давление исходит от работодателя. В этих обстоятельствах необходимо поддерживать контакт с работодателем, представителем ЕАР (программа помощи служащим) или с медицинским отделом компании. Что, разумеется, потребует от ведущего получения письменного согласия клиента на предоставление такой информации. Это гарантирует правовую защиту ведущего группы, но также, что не менее важно, и то, что это ясный терапевтический контракт, определяющий цели, мотивы и намерения ведущего группы. Цель этого контракта должна быть объяснена пациентам не в качестве угрозы их работе, а как ясное послание о том, что лечебная программа серьезно относится к их выздоровлению и ждет от них способности встретиться с последствиями своего поведения. Пациентам должно быть разъяснено, что будут обсуждаться не подробности их личных откровений в процессе лечения и в группе, а лишь их прогресс в отношении употребления алко-

голя или наркотиков. Это убедит членов группы, что конфиденциальность в областях, не связанных с их прогрессом в абстиненции от наркотиков или алкоголя, будет соблюдена. Для многих алкоголиков и наркоманов терапевтические рычаги, связанные с надежностью их места работы и рабочих навыков, оказываются самой мощной мотивирующей силой на всем протяжении курса лечения.

Точно такую же позицию можно занять, если алкоголик или наркоман направлен на лечение судом. Особенно если у него две или более судимости за появление в обществе в состоянии интоксикации или за вождение в состоянии интоксикации (DWI), или же вождение под воздействием [наркотических веществ] (DUI). Терапевтический контракт, установленный судом или заключенный офицером условного отбывания, может служить мощным стимулом для выздоровления. Использование групповой терапии в этих целях требует специальной адаптации группового формата. Однако, если такая адаптация выполнена успешно, группа оказывается предпочтительным способом лечения для направленных на него судом. Позднее в этой главе подобный формат будет описан и представлен более детально, поскольку в нем содержится возможность употребления всех техник (т.е., конфронтации, интервенции, принуждения, терапевтических рычагов), описываемых в этой главе.

Разумеется, очерк использования терапевтических рычагов, представленный здесь, поднимает множество важных вопросов относительно терапевтического контракта. Доверие является критическим фактором всех форм психотерапии и лечения. Во многих случаях доверие и терапевтический альянс окажутся серьезно скомпрометированными самой природой зависимости как болезни и теми обстоятельствами, что привели пациента к вступлению в группу или к началу лечения. Существует пара способов, которыми может воспользоваться ведущий, дабы избежать подводных камней, связанных с использованием рычагов в лечении. Если пациент находится в группе под эгидой медицинской службы или больницы, было бы полезным и благоприятным, чтобы кто-нибудь другой (кроме первичного терапевта или ведущего группы) выступал в роли лица, официально претворяющего в жизнь политику принуждения. Это позволит ведущим групп избежать слишком серьезной компрометации терапевтического альянса. Однако, ведущему следует четко определять границы терапевтического контракта. Необходимо ясно изложить членам группы, что группо-

вой терапевт должен передавать информацию о прогрессе членов группы остальному персоналу больницы. После того, как пациенты прошли начальную часть лечения, ведущий может заключить новый контракт с группой и ее членами. Это будет особенно важно, если группа становится долговременной и амбулаторной. Однако, для некоторых людей может быть сложно, если не невозможно, доверять своему ведущему, если они чувствуют принуждение к лечению или манипулирование, независимо от того, насколько все это помогло им. Доверие и терапевтический альянс в таких случаях, скорее всего, невозможно установить или восстановить. В таких обстоятельствах вполне в порядке вещей будет направление группы или ее индивидуальных членов к другим ведущим.

В то время как использование терапевтических рычагов может создать некоторые трудности для ведущего группы, выигрыш от их применения с точки зрения эффективности лечения обычно перевешивает эту цену. Зимберг (Zimberg, 1980) схематически описывает, какие преимущества имеет такой подход, если его применение хорошо спланировано и терапевтично:

«При благоразумном, соответствующем задаче, ненаказуемом и неосуждающем использовании терапевтические рычаги могут быть весьма эффективными для перевода алкоголика в более отзывчивое к терапии состояние. Однако, если подобными рычагами пользуется терапевт с серьезными проблемами контрпереноса, включая гнев и фрустрацию в адрес пациента, они могут разрушить терапевтические отношения. При работе с алкоголиком следует вести постоянное самонаблюдение, чтобы гарантировать, что конфигурация терапевтических рычагов будет способствовать выздоровлению алкоголика и облегчать этот процесс, а не удовлетворять потребность терапевта в успешном лечении, и не служить возмездием и наказанием за провокационное поведение алкоголика» (стр.112-113).

Конфронтация

Прежде, чем эффективно применять терапевтические рычаги в группе, ведущий должен понять замысловатое взаимодействие между назначением защитных механизмов алкоголика или наркомана и конфронтационными техниками, необходимыми для того, чтобы эти механизмы изменить. Защита всегда обусловлена некоей причиной. Ее нельзя слишком быстро убирать, или слишком серьез-

но противостоять ей во имя конфронтации как таковой. Общей аксиомой психотерапии является то, что защиты не должны подвергаться изменению до тех пор, пока пациенты не поймут полностью их цели и не разовьют в достаточной степени силу эго и альтернативные ресурсы, которые позволят им заменить прежние механизмы более конструктивными способами самозащиты от болезненных аффективных состояний. Однако, алкоголики или наркоманы способны убить себя или полностью разрушить поддерживающие системы, пока ведущий предоставляет им время, необходимое для того, чтобы они самостоятельно все уразумели. Это тот момент, когда ведущий группы должен изменить свою нормальную позицию поддержки и безусловного принятия. Конфронтация — один из методов, которые ведущий может использовать в работе с ригидными, самодеструктивными защитными процессами алкоголика или наркомана. Однако, сначала должны быть поняты и по достоинству оценены параметры и ограничения конфронтации.

По контрасту с эмпатическими прояснениями и интерпретациями, имеющими дело с тем, что пациенты говорят ведущему и как они это подают, конфронтация направлена на то, чего они не осознают или что отрицают. Конфронтации оказываются более эффективными, когда они направлены на что-то, к чему пациенты могут или должны обратиться, но не делают этого, поскольку сознательно или бессознательно этого избегают. Пациенты, описывающие случаи из жизни, опуская при этом чувства, или те, чьи описания того или иного инцидента заметно напоминают предыдущие эпизоды их жизни, или те, что демонстрируют расхождение между мыслями, чувствами и действиями — первые кандидаты на конфронтацию, которая вполне может помочь им прогрессировать, выходя из своего тупика.

Если вы, как ведущий группы, будете сочувствовать лишь боли и страданию алкоголика или наркомана, тогда вы рискуете усилить систему их отрицания или самообмана. Вы должны также быть способными эмпатически воспринимать их отрицание того факта, что их страдания и боль в большой степени обусловлены отказом бросить употребление химических препаратов. Ведущий должен помнить, что эмпатия — это не согласие, и не говорение или делание того, что пациент хочет или надеется услышать; неизбежно наступают такие критические моменты группового процесса, когда для того, чтобы облегчить и ускорить значительный

шаг в процессе изменения, ответственный ведущий возьмет на себя хорошо выверенный риск конфронтации с членом группы посредством болезненной правды, чутко контролируя собственные контртрансферентные чувства. На самом деле, риск можно считать просчитанным, если только ведущий говорит с таким внутренним убеждением: «По моему мнению, сейчас ты уже готов встретиться с этой темой, этой правдой о себе. Я, как ведущий группы, готов взять на себя ответственность и противостоять тебе, и я верю в силу наших отношений и в твою способность принять это». Если конфронтация проводится в контексте такого отношения, а не мотивирована фрустрацией или гневом ведущего, то, скорее всего, она окажется эффективной. Как сказал Луис Ормонт (1985): «Если вы любите своих пациентов, и они это чувствуют, вы можете сказать им все, что угодно».

Примененные подобным образом конфронтации разительно отличаются от того способа, каким их обычно использовали в лечении зависимостей. Исторически способ применения конфронтационных техник в групповой терапии эволюционировал из работы терапевтических сообществ, свободных-от-наркотиков, таких, как Day-Top (Дэй Топ) или Synanon (Синанон), и большей частью проводился бывшими аддиктами. Изначальное намерение заключалось в передаче следующего послания: если бы мы не заботились и не волновались о тебе, мы бы не утруждали себя указанием на нечто такое, что может спасти тебе жизнь. Однако, как и любая терапевтическая техника, примененная слишком ревностно, конфронтация может иметь антитерапевтические последствия, особенно когда она превращается в терапию атаки (Rachman и Heller, 1974). Как предупреждают Рэчмен и Хеллер, конфронтация становится «терапией атаки», когда:

1. В атмосфере конфронтации люди часто подвергаются психологическому нападению. Индивиды, реабилитированные после злоупотребления различными веществами, могут заплатить за это ценой потери достоинства, свободы не соглашаться, или своим чувством независимости и возможностью думать, чувствовать или поступать своим уникальным способом.
2. Существует распоряжение подчиняться прямому, жёсткому поведенческому коду и философии, известной как «концепция».
3. Конфронтация часто используется до того, как развился рабочий альянс.

4. Ощущается недостаток терапевтической гибкости, так что разнообразные полезные интервенции не объединены и не интегрированы с конфронтацией.
5. Развивается ритуальное взаимодействие, в ходе которого участники конфронтируют друг друга снова и снова, без наступления подлинного внутреннего изменения.

Как предупреждают Рэчмен и Хеллер (1974), члены группы научаются «участвовать в игре» в ответ на атаку. Они адаптируются, допуская нарушения границ поведения, лишь бы отделаться от персонала и ведущего. Исключительное использование конфронтаций провоцирует усиление напряженности, гнева, враждебности и негодования в ущерб эмпатии, заинтересованности и заботе.

По контрасту с этой картиной, Роболт (Raubolt, 1974) рекомендует устанавливать атмосферу «заботливой конфронтации» в соответствии со следующими правилами:

1. Конфронтация и установление границ необходимы, когда импульсивность индивида выходит из-под контроля. Конфронтация используется для того, чтобы счистить несколько слоев защиты от осознания деструктивного эффекта злоупотребления веществом.
2. Использование в качестве агентов изменения скорее равных себе, а не традиционных авторитетных фигур.
3. Понимание того факта, что зависимость часто включает в себя образ жизни и идентичность, зачастую полностью поглощающие индивида.
4. Настояние на том, что прежде, чем сможет произойти личностное изменение, нужно добиться абстиненции и сфокусироваться на поведенческих аспектах приема алкоголя или наркотических веществ.
5. Настояние на том, чтобы индивиды взяли на себя ответственность за свое саморазрушительное и химически-ориентированное поведение.
6. Использование языка, свободного от технических терминов, в обсуждении психологических вопросов и способов функционирования личности.

Конфронтацию может осуществлять не только ведущий группы. Товарищи и другие члены группы вполне могут конфронтировать друг друга, особенно когда атмосфера, созданная ведущим, позволяет и даже поощряет конфронтацию. Это может обладать как бла-

гоприятным действием, так и нести с собой вредные последствия, в зависимости от того, является ли групповой климат «терапией атаки» или «заботливой конфронтацией». Уоштон (Washton, 1992) предлагает знакомить членов группы со следующими правилами, чтобы помочь им как понять цель конфронтации, так и стать более восприимчивыми к ней.

Правила эффективной конфронтации

1. Конфронтация определяется как предоставление кому-либо реалистичной обратной связи по поводу его поведения, как вы его видите — в процессе, в котором вы «держите зеркало» перед человеком, чтобы дать ему/ей понять, как он/она выглядит в глазах окружающих, и это вовсе не «покушение на характер».
2. Конфронтация оказывается особенно полезной, если все высказанное произносится с эмпатией, заинтересованностью и заботой, уважительным тоном.
3. Конфронтация является описанием того, что вы наблюдали, с примерами сомнительного поведения; она исключает догадки, объяснения, интерпретации, советы и критику поведения человека.
4. Конфронтация включает в себя указание на то, что вас беспокоит в опасном, самопораженческом поведении человека и, если это возможно, пример подобного поведения из вашего собственного опыта (с.514)

Если следовать этим указаниям, они могут помочь ведущему избежать некоторых возможных трудностей, связанных со слишком враждебными членами группами — носителями ошибочной мысли том, что унижение и агрессия являются приемлемыми способами для того, чтобы принудить сопротивляющихся членов группы к столкновению с реальностью. Уоштон, описывая возможные злоупотребления чрезмерной конфронтацией, предупреждает ведущих о необходимости контроля за ее применением в группе:

«Члены группы обычно менее терпимы к негативным установкам и умничанью, чем ведущие, особенно если такое поведение напоминает им собственное. Наиболее вероятной мишенью для атаки оказываются те члены группы, которые часто срываются, те, что остаются дерзкими, поверхностными или неискренними, или те, что умаляют собственные проблемы и не способны по-настоящему присоединиться к остальным членам группы.

Иногда ведущие испытывают амбивалентные чувства по поводу целесообразности остановки атак на тех членов группы, которые имеют большие проблемы, на которые раньше закрывались глаза, и обращение к которым давно запоздало. Ведущий никогда не должен позволять, чтобы непопулярный, фрустрирующий, сопротивляющийся или же слишком нарушенный член группы превращался в козла отпущения или же был из-под палки заставлен своими товарищами что-либо сделать, даже если содержание того, что было сказано, абсолютно точно соответствует действительности. Грубая чрезмерная конфронтация не должна использоваться как средство вытолкнуть отдельных членов из группы и воспрепятствовать их возвращению» (1992, стр.514).

Если конфронтация проведена правильно, она принесет в сознание пациента новое понимание. Однако, если конфронтация оказывается карательной или атакующей, то она только поднимает уровень защиты и увеличивает сопротивление. В некоторых случаях (как, например, с пассивным, послушным пациентом) некоторая выгода в этой тактике есть, потому что она делает очевидным то, что иначе пациент предпочел бы скрывать, таким образом, ясно показывая, что скрываемое являлось основным ингредиентом и компонентом эффективной конфронтации. Следовательно, терапевты оказываются более успешны, когда они сводят свои конфронтации к наблюдаемым событиям, которые оказываются очевидными для пациентов, как только на них указывают. Если ведущий не придерживается явных фактов или неправильно оценит точность наблюдений, конфронтация потеряет силу и воздействие. Конфронтация как утверждение о факте становится гораздо более мощным орудием, и ее никогда нельзя путать с гипотезой о мотивах или о поведении пациента. К примеру, конфронтация со стороны ведущего группы, говорящего алкоголику: «Я думаю, что ты алкоголик, потому что ты слишком много пьешь», предлагает вниманию пациента лишь субъективное мнение, в лучшем случае предполагающее правдоподобную гипотезу о поведении человека. Это относительное утверждение, которое можно оспорить, поскольку то, что для одного человека может быть тяжелым пьянством, другому может показаться умеренным употреблением. Такое утверждение не базируется на наблюдаемых фактах и, вероятно, может вызвать у задетого индивида противодействие субъективному мнению ведущего. Однако, ведущий может провести

гораздо более надежную конфронтацию, если сфокусирует свои наблюдения на демонстрируемых фактах. К примеру, ведущий в этой же ситуации мог сказать:

«Для тебя может быть полезным осторожно и реалистично подойти к последствиям своего пьянства. Твоя жена разводится с тобой, потому что ты становишься невыносимым, когда пьешь. Тебя дважды арестовывали, что стоило тебе колоссальных денег из-за непомерных выплат адвокатам и возросших страховых выплат. Твой шеф грозит выгнать тебя, потому что эффективность твоей работы и посещаемость серьезно страдают от твоих пьянок на выходные. Это уж точно не нормальное питье. Такой набор трудностей говорит о том, что ты можешь быть алкоголиком, или же, если тебе некомфортно с этим словом — человеком, у которого серьезные проблемы с выпивкой».

Разница между двумя этими конфронтациями очевидна. Первая может быть названа субъективной, предвзятой и самоуверенной. Вторая оперирует наблюдениями и фактами, которые невозможно отрицать. Даже несмотря на то, что второе утверждение высоко конфронтационно, оно не выражает гнева или неуважения. Конфронтации никогда не должны производиться за счет целостности или достоинства пациента. Правильно осуществленная конфронтация никогда не ранит человека, хотя может вызвать довольно болезненное осознание. Ведущие групп, которые «разносят в пух и прах» пациентов «для их же блага», должны тщательно исследовать альтернативы. В большинстве случаев они обнаружат, что существуют более эффективные способы донести ту же самую информацию без какого бы то ни было ущерба для действительности переданного послания. Пример поможет прояснить сказанное.

Джон, мужчина тридцати одного года, злоупотреблявший приемом разнообразных наркотиков, начал лечение из-за все возрастающих сложностей и беспокойства, связанного с увеличением доз наркотиков и алкоголя. Его вторая жена инициировала процедуру развода, а он начал замечать серьезные физические осложнения (т.е., потерю памяти, дрожь, судороги, алкогольный делирий), имеющие прямое отношение к употреблению наркотиков и алкоголя. Проведя две недели в терапевтической группе, которая встречалась ежедневно, он

начал становиться все более разговорчивым, тогда как вначале сидел тихо и пассивно, пока прояснялось его мышление и стабилизировалось физическое состояние. По мере того, как он набирал силу и трезвость, к нему возвращались его обычные защитные маневры. Он стал доминировать на групповых встречах, утомляя всех своими бесконечными, сумбурными рассказами о странных событиях и обстоятельствах своей жизни. Ведущий со всей тщательностью установил, что эта проблема требует внимания и корректировки, поскольку такое поведение не просто наносит вред группе, но является защитным маневром, который отдаляет других от Джона; кроме того, в этом же заключалась серьезная жалоба его жены. Предоставленный самому себе, Джон долгие месяцы приходил бы к осознанию этого. В начале следующей сессии Джон пустился в подробный рассказ о своей сестре, описывая ее как «большое трепло» и, казалось, готов был вновь разыграть спектакль, которым он потчевал группу две последние встречи. В середине его рассказа ведущий кратко прервал Джона, сказав: «Джон, извини меня на секундочку, но прежде, чем ты продолжишь, я бы хотел задать тебе вопрос». Джон незамедлительно замолчал, его любопытство было возбуждено вопросом ведущего. В это время тот, мягко конфронтируя Джона, сказал: «Я задаю этот вопрос со всем уважением к тебе, Джон, и надеюсь тебя не обидеть: а она — единственное трепло в вашей семье?» Джон остановился и на секунду задумался, потом расхохотался, и с улыбкой, вызванной осознанием своего поведения, сказал: «Да уж, теперь, когда ты это сказал, я понял, что, пожалуй...». Остальная группа посмеялась вместе с Джоном; все начали делиться тем, что тоже заметили его склонность к непродуктивной болтовне, но не хотели ничего говорить: он был таким тихим две предыдущие недели, что все боялись — скажи они что-нибудь, и Джон вновь спрячется в свою раковину. Дальнейший обмен репликами среди членов группы привел к осознанию тех способов, с помощью которых он и другие использовали слова для сокрытия своих настоящих чувств. Вследствие этой конфронтации, продуктивное исследование страхов и защит участников происходило на протяжении всей этой сессии, вплоть до конца.

В этом примере ведущий мог бы легко вступить в конфронтацию с Джоном раньше, или сделать это прямее. Такое утверждение, как «Вот это как раз и есть треп», было бы гораздо более провокативным и бьющим в цель. Однако, такое утверждение, вероятнее всего, обидело бы Джона, разозлило бы его и привело к уходу из группы. Кроме того, оно задало бы в группе такой тон, последствия которого для открытости, доверия и безопасности были бы далеко идущими и зловещими. Также этот пример ясно демонстрирует, что конфронтации не должны производиться в гневе или с целью наказания. Благоразумно примененная интервенция, с оттенком юмора и иронии, может быть такой же (если не более) продуктивной, как та, что произнесена в слишком твердой, провокативной или же догматической манере.

Целенаправленная, намеренная конфронтация должна быть тщательно взвешена, прежде чем применить ее в группе, состоящей из алкоголиков и наркоманов. Они обычно пользуются своими защитными механизмами как средством обезопасить себя от болезненных аффективных состояний, связанных с глубоким чувством стыда, низкой самооценкой, избыточным внутренним самобичеванием, омерзением и ненавистью к самим себе. Поэтому преждевременная или неподходящая конфронтация с этими защитными механизмами может возыметь обратный выздоровлению эффект. Если в своих конфронтациях ведущий группы ограничивается лишь паттерном поведения алкоголика или же сопутствующим кругом поведенческих механизмов, то на ранних этапах лечения этого человека он должен избегать опасностей, связанных с подходом «дробовика», типа «стреляй во все, что движется». Ведущий будет стоять на более твердой теоретической почве, если будет следовать аксиоме, гласящей, что обращение с защитными механизмами выздоравливающих или активно употребляющих алкоголиков и наркоманов должно быть иным, чем с защитными механизмами неаддиктивных индивидов. Поскольку необходимо мощно конфронтровать с употреблением алкоголя или наркотиков и всеми защитными операциями, связанными с этим употреблением, то отсутствие конфронтации с другими защитами и демонстрация эмпатического понимания и поддержки, смягчение чувств, не связанных с употреблением, будет гораздо полезнее. Многие очевидные непоследовательности и ригидные защиты недавно вступившего на путь выздоровления или же ак-

тивно употребляющего алкоголика или наркомана, возможно, будут требовать терпимого отношения со стороны ведущего до тех пор, пока эти люди не станут готовыми взглянуть на эти темы более реалистично и честно. Терапевту следует придерживаться многие из своих конфронтаций до тех пор, пока он не почувствует большую уверенность в том, что наркоман или алкоголик способен выдержать их без срыва и отступления в дальнейшее употребление алкоголя или наркотиков.

Ведущий группы, работающий с аддиктами, должен поддерживать тонкий баланс конфронтации и поддержки. Слишком большая поддержка только поощрит некоторых из них к продолжению употребления алкоголя или наркотиков. Преждевременная и неподходящая конфронтация, с другой стороны, может спровоцировать срыв или возрастание дерзкого сопротивления у других. К сожалению, неуместные или несвоевременные конфронтации не всегда исходят от ведущего. Таким образом, важно, чтобы ведущий был искусен в ведении и управлении конфронтациями, возникающими между членами группы. Иногда точная и эмпатическая конфронтация, исходящая от кого-нибудь другого, может оказать гораздо более выраженное воздействие на пациента. Однако, обычно больше шансов на то, что конфронтация другого члена группы будет деструктивной, поскольку она часто бывает вызвана гневом. Если, когда такая конфронтация происходит, ведущий способен быстро ответить, то он сможет провести взаимодействие так, чтобы оно не было вовсе лишено заботы и поддержки. Пример поможет нам проиллюстрировать вышесказанное.

Фред, незрелый и высокомерно-дерзкий девятнадцатилетний ветеран, был откомандирован Американской Армией для участия в стационарной реабилитационной программе для наркоманов больницы Администрации по делам ветеранов. Несколькими месяцами ранее он был досрочно демобилизован (на очень почетных условиях) в связи с повторяющимися дисциплинарными проблемами, вызванными употреблением наркотиков. В течение трех недель пребывания в больнице он неизменно оставался дерзким, гневным и оппозиционным. На десятой встрече дневной стационарной группы ведущий заметил, что Дейв, другой участник, покачивает головой и свирепо смотрит на Фреда, продолжающего одно из своих

частых разглагольствований о врожденной злобности и несправедливости персонала, докторов и всей американской армии в целом. В конце ежедневной тирады Фреда ведущий тихо спросил Дейва — крупного, дюжего, очень уважаемого и даже вызывающего некоторый страх тридцативосьмилетнего ветерана Вьетнама, — что он чувствовал в связи с высказываниями Фреда. Дейв, никогда не выбиравший выражений, ответил: «Да это просто куча дерьмовой жалости к себе, вот что я вижу». Поскольку Дейв, наркоман, сидящий на внутривенном героине, вызывал большое уважение и страх всех остальных ветеранов отделения, Фред был захвачен врасплох его комментарием. Вместо того, чтобы остановить конфронтацию на этом моменте, ведущий спросил Дейва, кого Фред ему напоминает. Дейв, сначала поражённый вопросом, все же быстро ответил: «Ты гонишь, как я девятнадцать лет назад и, мужик, если ты не изменишь своего отношения, ты и кончишь, как я — наркоманом, или сдохнешь, или сядешь». По мере того, как ведущий исследовал обмен репликами между Дейвом и Фредом, становилось все более очевидным, что за гневным противостоянием Дейва крылось много беспокойства. Несмотря на то, что это было нечто, не очень характерное для Дейва, он продолжал демонстрировать мягкую, заботливую сторону себя Фреду и группе. Это смягчило изначальную резкость его конфронтации и сделало ее гораздо более приемлемой для Фреда. Подобная конфронтация утратила бы большую часть своей эффективности, если бы исходила от ведущего, или если бы была остановлена на первоначальном заявлении Дейва. Исследования причин, стоящих за конфронтацией, привели Фреда к такому осознанию себя, которым он ранее не обладал.

Конфронтации, проведенные подобным образом, могут быть очень эффективными. Но ведущий должен помнить, что конфронтация не есть вещь в себе. Её нужно применять стратегически, и когда она используется в союзе с другими клиническими приемами и знаниями, она может значительно улучшить качество работы с отрицанием и сопротивлением лечению. Конфронтация не всегда должна быть прямой или лишенной теплоты и заботы. Парадоксальные интервенции, использующие преимущества метафор, юмора, иронии и задействие противонаправленных сил,

позволяют ведущему пребывать в теплом, эмпатическом состоянии, в то же время возлагая ответственность за изменения прямо на плечи алкоголика или наркомана, где она и должна находиться, что снижает фрустрацию ведущего и делает лечение более эффективным. Трезвость и абстиненция невозможны, если алкоголик или наркоман не подготовлен к принятию ответственности за это изменение. Конфронтации работают только тогда, когда они являются мотивирующими и фасилитирующими по своей природе. Ведущий не может и не должен заставлять или пытаться заставить алкоголика или наркомана измениться. В такой борьбе не выигрывает никто. Наркоман или алкоголик находит другой предлог для продолжения приема химикатов, а ведущий лишь оказывается все более фрустрированным и обескураженным.

Мы надеемся, что обсуждение конфронтации в этой главе прояснило некоторые критически важные места касательно природы и адекватного использования конфронтаций в групповой терапии. Конфронтации, так же, как хорошие интерпретации и разъяснения — это попытки привести пациентов к осознанию поведения, которого они раньше не осознавали. По мере того, как они развивают более точное и реалистичное понимание самих себя, могут быть исследованы защиты, которыми они пользуются, и причины их использования. Во время работы с алкоголиками или наркоманами сдвиг от ясного осознания своего пьянства и наркомании к пониманию своих защитных механизмов и причин, лежащих в основе их использования, может занять месяцы, а в некоторых случаях и годы. При работе со многими алкоголиками или наркоманами бессознательные мотивы их поведения не должны исследоваться до тех пор, пока они не достигнут достаточной трезвости и эмоциональной и жизненной стабильности, чтобы справиться с этим осознанием. Это наиболее значительный и важный момент, который должен быть усвоен групповым терапевтом, работающим с химически зависимыми пациентами.

Переход от конфронтации (которая ограничивается поведением, установками и действиями, имеющими прямое влияние и связь с поддержанием трезвости) к более глубокому изучению подсознательных мотивов, стоящих за всеми защитными действиями — это стратегическое решение, которое должно быть тщательно взвешено для каждого отдельного пациента. Некоторые будут готовы к такому сдвигу в лечении довольно быстро, другим потре-

буется значительно больше времени. Как только ведущий почувствует, что выздоравливающий алкоголик или аддикт способен иметь дело с исследовательской формой психотерапии, он может перевести последнего в более продвинутую группу, или же изменить фокус данной группы.

Принцип перевода бессознательного в сознательное изначально был провозглашен Фрейдом. «Там, где было ид, должно стать эго» (Фрейд, 1936, стр.80), — это положение ясно обобщает позицию Фрейда в психотерапии. Психотерапевт или ведущий группы должен донести до осознания пациента (эго) то, что прежде было подсознательным (ид). Однако, Фрейд никоим образом не намеревался делать обращение бессознательного в сознательное конечной целью психотерапии. Другими словами, конфронтация не должна выполняться во имя конфронтации. Еще раз, словами Фрейда: намерение психоанализа заключается в том, чтобы «укрепить эго, сделать его более независимым от супер-эго, расширить его поле восприятия и увеличить его организованность — так, чтобы оно могло усваивать новые порции ид» (1936, стр.80). Так или иначе, Фрейд предполагал, что помощь пациентам в осознании собственного бессознательного зависит от укрепления их способности (силы эго) выносить это осознание.

Это точное описание стратегической позиции, которую должен занять ведущий, работающий с группой алкоголиков или наркоманов. Нужно также иметь в виду, что от самого по себе возросшего осознания бессознательного не следует ждать изменений поведения. Эксплицитная цель конфронтации, а в конечном счете и интерпретации — это перевести мысли и чувства, которые человек не осознает и не может контролировать, в сознание, где человек сможет исследовать их, поразмыслить над их отношением к другим мыслям и чувствам, и взять их под некоторый сознательный контроль — в той степени, в которой они влияют на поведение. Для того, чтобы выполнить эту задачу, ведущий должен научиться тому, как менять свою тактику в группе с позиции конфронтации к интерпретации и поддержке.

Еще один ингредиент, абсолютно vitalный для ведущего, который хочет помогать алкоголикам или наркоманам в работе по более точному осознанию их бессознательных мотивов — это здоровое, информированное, недвусмысленное и расслабленное отношение к алкоголю, питию, пьянству, алкоголизму и наркоти-

кам. Ведущий группы, наиболее эффективно работающий с алкоголиками и наркоманами — это тот, кто обладает способностью глубоко делиться с другими, и кто относится к этим другим с надеждой. Некоторые люди, похоже, обладают естественной способностью глубоко чувствовать тех, кто эмоционально и физически уязвлен. Эту способность к эмпатии можно культивировать путем самоосознания, но невозможно выучить как технику или ремесло.

Однако, существуют еще и хорошие, солидные, базовые коммуникационные навыки, которыми ведущие должны обладать, прежде чем они смогут надеяться на реалистичное общение с химически зависимым пациентом. Во-первых, прежде чем делать какие бы то ни было попытки объяснить психологическое состояние человека во время эмоционального кризиса и физической болезни, необходимо сделать некоторые допущения. Эмоциональные волнения и телесные недуги зачастую рассматриваются как причины и следствия. Это основано на ошибочном предположении, что люди состоят из двух фундаментально различных субстанций — разума и тела, и что две эти субстанции каким-то образом влияют друг на друга. Сейчас модно обходить досадную проблему дуализма сознания и материи. Допущение, принятое психоанализом, состоит в том, что базовое единство, реагирующее на стимулы — это не разум и не тело, но организм в целом. Ни один элемент не преобладает над другим. Событие, огорчающее эмоционально, может вызвать физическое расстройство, а физиологическое нарушение закончится эмоциональной реакцией.

Общаясь с алкоголиком и наркоманом, следует учитывать характер их зависимости и соблюдать фундаментальные принципы техники интервью. Ведущий должен обращать внимание скорее на форму и стиль того, что говорит пациент, нежели на содержание. Умение слушать — это искусство. Р. Д. Лэйнг (1972) предлагает использовать при консультировании пациента понятие паралингвистики. Обращайте внимание не только на то, что сказано, но и на то, как это сказано, на то, что опущено, на жесты, манеры, выражение лица и тому подобное. Общение с пациентами, аддиктивны они или нет, должно включать в себя нечто большее, чем просто язык. Алкоголик или наркоман в возбужденном эмоциональном состоянии может быть чрезвычайно восприимчивым к скрытым планам ведущего. Если пациенты верят, что результат их реабилитации волнует его больше как отражение его профессиональных

возможностей, а не является подлинным, искренним беспокойством за пациента, лечению и выздоровлению может быть нанесен ущерб.

Психоанализ оперирует двумя базовыми принципами — подавление и вытеснение. Косвенные методы интервьюирования проявляют не только важные фантазии индивида, но также ход его мыслей. Что, таким образом, позволяет пациенту строить свободные ассоциации, то есть наблюдать и сообщать все идеи, проносящиеся в его сознании. Если ведущий слишком часто перебивает, или привносит слишком много собственных идей в поток ассоциаций, то этот поток может быть загрязнен или искажен, и подспудный мотивирующий фактор не будет выявлен. И действительно, благодаря нормальному нежеланию любого из нас раскрывать все свои мысли и фантазии, подлинное свободное ассоциирование — редко достижимый идеал. Более того, наблюдение за тем, в какой области пациент, кажется, удерживает идеи и сопротивляется нестесненному потоку мыслей, предоставляет важную информацию о его (или ее) личностной структуре в целом.

Ведущий должен удерживаться от нетерпеливого прерывания, преждевременных интерпретаций или личных реминисценций. Он должен знать, когда хранить молчание, даже если пациенты тоже молчат, чтобы позволить им сказать то, что они хотят сказать — по-своему, в своем ритме. В то же время, ведущий должен наблюдать за поведением пациентов — за их движениями, жестами, тоном голоса, телесными проявлениями аффектов — в поисках ключей к областям эмоциональных конфликтов. Ведущий должен знать, что и когда говорить. Содержание вопросов зависит от знания того, какие темы пациенты готовы обсуждать, а выбор времени для них — от того, какой момент подходит для такого обсуждения.

Ведущий должен также знать, чего не говорить. Он должен знать, когда дать совет, а когда мудрее промолчать. Он должен чувствовать, когда пациенты готовы общаться. Он должен знать также, когда подбодрить и поддержать пациентов, чтобы уменьшить невыносимую тревожность, а когда провоцировать ее, чтобы процесс общения продолжался. Слишком часто терапевты чересчур озабочены рациональным зерном того, что они стремятся донести до пациентов, упуская скрытые ключи, указывающие на возможные реакции и страхи последних.

Отчеты и находки многочисленных исследований указывают на то, что программы лечения, которые подчеркивают роль инсайт-ориентированной терапии с алкоголиками или наркоманами, не столь успешны или эффективны, как терапия, базирующаяся на подходе АА. Вне зависимости от избранного вида лечения, общение и психотерапия должны все же оставаться неотъемлемой частью процесса реабилитации алкоголиков и наркоманов. Успешное лечение зависимости требует кооперации специалистов различных дисциплин. Хотя полное исцеление невозможно, аддикция может быть приостановлена, и групповая терапия остается одним из апробированных подходов к ее лечению. Под надлежащим руководством групповая терапия может улучшить процесс выздоровления алкоголика или наркомана.

Интервенция

Ведение группы алкоголиков или наркоманов, чье отношение к абстиненции остается двойственным, и которые неохотно признаются в том, что их болезнь является для них проблемой — в своем роде уникальная черта лечения от алкоголя или наркотиков. Представление о том, что алкоголики или наркоманы должны достичь дна, что они должны пережить экзистенциальный кризис в жизни, прежде чем действительно сможет начаться реабилитация — популярная максима в лечении аддиктов. Проблема кризиса, его признания, его последствий и проявлений, и методы интервенции, которые должны использоваться в лечебном подходе — все это важные факторы, которые ведущий должен принимать во внимание. Но прежде, чем терапевт ринется в процесс лечения, он должен осознавать те игры и тактики, которые таковой процесс часто в себе заключает. Штайнер признает, что игры алкоголиков являются неотъемлемой частью их болезни. Он утверждает, что люди выбирают для себя роли в раннем возрасте, и что эти роли могут превратить их в алкоголиков. Он предупреждает также, что некоторые формы лечения могут принести больше вреда, чем пользы. Он пишет:

«Работа терапевта заключается в первую очередь — и это самое важное — в том, чтобы не играть в «игру алкоголика». То есть, он не должен играть ни одну из этих ролей — Преследователя, Спасителя, Простака, Посредника — дабы ему самому не пришлось обеспечивать пациента выигрышем. Это

насущная необходимость терапии алкоголизма ... как только терапевт видит, что саморазрушительное пьянство является не результатом дефекта эго, а произвольным стратегическим маневром для достижения определенных целей, он становится гораздо более способным к тому, чтобы лечить алкоголиков» (Steiner, 1971; стр. 38).

Несмотря на то, что сам Штайнер не признавал модели алкоголизма как болезни, он, тем не менее, мог дать ведущим хороший терапевтический совет. Наиболее важная его рекомендация заключается в том, чтобы они принимали меры предосторожности, предотвращающие надувательство со стороны алкоголиков или наркоманов. В то время как алкоголики или наркоманы в действительности могут быть физиологически зависимыми от своих наркотиков или этанола, в игру вступает и социальное научение, а жизненные сценарии действительно играют значительную роль в их болезни. Если, как утверждает Штайнер, алкоголики и наркоманы отыгрывают жизненный сценарий, то заставить их идентифицировать свою проблему и допустить, что их сценарий деструктивен и негоден — вот что оказывается ключевым ингредиентом успешного лечения. Как только аддикты и алкоголики встречаются лицом к лицу с тем, что они не способны контролировать потребление наркотиков и выпивки, и что именно это является причиной их проблем, они вполне в силах выбрать новый жизненный сценарий.

Выбор продолжает оставаться критической точкой. Алкоголики или наркоманы должны взять на себя ответственность за свои действия и на самом глубоком, «нутряном» уровне решить изменить свою жизнь. «Всякий раз, когда вы пытаетесь спасти алкоголика», — предупреждает Джонсон, — «вы откладываете полезное лечение» (1973, стр.59). Обычно пойти на такой выбор алкоголик или наркоман отваживается лишь в результате жизненного кризиса. Джонсон продолжает: «Когда вы изучаете жизнь тех, кто утверждает, что страдал этим, вы обнаруживаете, что именно нарастание кризиса вынудило их взглянуть на реальность своего положения. Единственный путь обратно к реальности проходит через кризис» (стр.59) Но Джонсон предупреждает, что бессмысленно и опасно ждать того момента, когда алкоголик или наркоман дойдут до дна. Кризис, избежать которого алкоголику или наркоману все пытались помочь, может в действительности быть

использован для прорыва через их защиты. Для того, чтобы остановить спираль, ведущую вниз — к смерти — часто требуется акт интервенции. Вернон Джонсон экспериментировал с полезными альтернативными методами использования кризиса на ранних стадиях болезни. Ведущий группы, говорит Джонсон, должен настроиться на крик о помощи и осознать его. «Кризис не нужно выдумывать или создавать.....проблема состоит в том, чтобы консультанты обладали достаточными знаниями для того, чтобы творчески его использовать» (стр.59).

Последние свидетельства в общем поддерживают использование интервенций, которые акцентируют значимость работы и судебных решений, а не семьи. Вернон Джонсон соглашается: «Согласно первому принципу интервенции, служащий рангом выше или босс оказываются наиболее фундаментальными фигурами. Так что босс может устраивать конфронтацию вместо члена семьи» (1973. стр.98).

Значимость интервенций в лечении алкоголиков и наркоманов была давно признанным требованием для тех, кто знаком с ранней историей Анонимных Алкоголиков. Анри Тиебу (Henry Tiebout, 1961), пожизненный член Американской Психиатрической Ассоциации и бывший президент Американского Совета по Алкоголизму, много писал о важности интервенции в жизни алкоголика. Поскольку зависимость стремится как изолировать индивидов, так и привести их ко впадению в ригидные, грандиозные, нарциссические защиты, интервенция несет в себе важное послание из реального мира. По словам Тиебу, она информирует людей о том, что их действия и поведение имеют последствия. Поведение алкоголика ставится в нужную перспективу, и до него твёрдо доводится сообщение о том, что он больше не может существовать в блаженном эгоцентризме. Интервенция, предпринятая должным образом, помогает объективному проникнуть через отрицание. Терапевт, желающий совершить интервенцию, передает важное послание. Терапевт — это кто-то, кому до тебя достаточно дела, чтобы указать на болезненную правду, и кто достаточно силен для вмешательства; кроме того, терапевт доставляет послание о том, что он (или она) — это сила, это объективная репрезентация реальности, с которой необходимо считаться.

Интервенции — это способ заставить алкоголика или наркомана стремиться к лечению, потому что употребление ими алкоголя и

наркотиков обладает необратимыми психологическими, физиологическими и социальными следствиями, не говоря уже об осложнениях в браке, на работе и в отношениях с правоохранительной системой. Наряду с эффективными программами помощи служащим, есть еще один источник ранней идентификации и интервенции — это система уголовного права. Это особенно верно для тех, кто познакомился с ней в результате пьяного вождения (DUI или DWI). Использование интервенций с таким контингентом требует особых подходов в связи с динамиками, характеризующими этот подход. Хотя их применением руководят общие принципы интервенции, модель для их использования с пьяными водителями будет здесь представлена и тщательно обрисована. Для начала будут обсуждены причины использования этого подхода к правонарушителями ВСИ («Вождение в состоянии интоксикации»), поскольку это поможет объяснить теоретическое основание, на котором зиждутся все модели эффективных интервенций.

Вождение в состоянии интоксикации (ВСИ) и интервенция

После долгих лет работы с алкоголиками и наркоманами опытные профессионалы начали понимать, что существует множество факторов, которые (каждый по-своему и все вместе) вносят свой вклад в негативные ожидания и незавидное отношение к реабилитации алкоголиков или наркоманов в тех случаях, когда эти люди оказываются предоставленными сами себе, и опираются лишь на собственные ресурсы в решении вопроса о необходимости лечения.

Согласно свидетельствам, собранным программами интервенции, ориентированными на семью и работу, есть указания на то, что программы ВСИ могут предоставить идеальную возможность для постановки диагноза и начала эффективного лечения на ранней стадии. Возможно, наиболее значимо то, что подавляющее большинство задержанных пьяных водителей ранее не лечились от проблем, связанных с алкоголем (Scott, 1970). Программы безопасности на дорогах рассматриваются как еще один чрезвычайно эффективный метод ранней идентификации индивидов, испытывающих проблемы с алкоголем и наркотиками — на том этапе, когда есть большой шанс для эффективного лечения и успешной интервенции. Национальная Конференция по ВСИ (1976) пришла к следующим заключениям и рекомендациям Конгрессу:

1. Лечение — это дополнение к юридической ответственности алкоголика.
2. Свидетельства указывают на то, что для удержания активной вовлеченности алкоголиков в процесс выздоровления необходимо давление.
3. Для эффективного лечения необходимы три составляющих: раннее распознавание, создание кризиса, непрерывное долгосрочное консультирование или уход.

Было выявлено, что ранняя идентификация зависимости играет важную роль в повышении шансов на успешное лечение пациента. Благодаря природе того образца популяции, который образует каждый класс ВСИ, классификация обеспечивает оптимальную возможность как для ранней диагностики, так и для своевременного вмешательства в аддиктивный процесс. Таким образом, важно убедиться, что процесс идентификации осуществляется с оптимальной эффективностью.

Когда алкоголик или наркоман идентифицирован, можно считать, что процесс ранней интервенции и лечения осуществлен лишь частично. Отправить идентифицированных пациентов на лечение, пока они сами не чувствуют наличия проблем в этой области — спорное решение. Этические последствия интервенции, в процессе которой проблема документирована и становится очевидно, что дальнейшее злоупотребление выпивкой или наркотиками нанесет еще больший вред как самому употребляющему, так и обществу, должны быть тщательно взвешены как агентством, производящим оценку, так и правоохранительной системой, выносящей приговор.

Если интервенция должна эффективно направлять идентифицированных алкоголиков и наркоманов на лечение, ее следует применять благоразумно и сопровождать надзором ответственного представителя суда. Позволить подобной ответственности целиком лечь на плечи ведущего группы или агентства, означает лишь усложнить и запутать вопрос, потерявшись в лабиринте бюрократических запретов и перекладывания ответственности. Власть подкреплять рекомендации принадлежит уголовной правоохранительной системе, и именно внутри этой системы и следует применять давление.

Программа интервенции для ВСИ должна быть адаптирована к использованию преимуществ, обеспечиваемых данными обстоя-

ятельствами. Очевидно, что программа ВСИ дает идеальную возможность для идентификации и интервенции на ранней стадии алкоголизма. Однако, если строить программу на базе основных принципов интервенции и групповой психотерапии, то она отводила бы больше времени на каждого ВСИ индивидуально. Это дало бы ведущему группы лучшую возможность поработать с системой отрицания алкоголиков и аддиктов, а также способствовало бы большей личной конфронтации в групповом взаимодействии, если группа ведется в виде марафона выходного дня.

Принципы интервенции

Ранняя интервенция с использованием конфронтационных техник создана для того, чтобы помочь индивиду признать необходимость лечения. Интервенция оказывается наиболее эффективной, если она заключается в коллективном, направленном усилии значимых людей (т.е., супруга, работодателя, друзей, детей) из окружения человека, так что кризис порождается конфронтацией, которая убирает или сокращает защитные препятствия к выздоровлению. Тверски (Twerski, 1983) резюмирует принципы интервенции следующим образом:

«Для того, чтобы быть эффективным в интервенции, участники должны понимать, что такое алкоголизм как болезнь, и знать о ее обычно неотвратимом (в отсутствие лечения) течении. Они должны также действовать, исходя из искренней заботы о благополучии пациента; осознавать риск конфронтации; быть адекватно подготовленными к тому, чтобы участвовать в интервенции как хорошо сыгранная команда, если это требуется; и быть готовыми выдержать дискомфорт конфронтации и описания гнусного поведения пациенту или любимому, равно как и готовыми к значительным изменениям в своей собственной жизни, если субъект отвергает лечение» (стр.1030).

Тверски проводит различие между двумя типами интервенции. Первая проводится в конвенциональной медицинской или психиатрической обстановке и подразумевает, что профессионал конфронтрует пациента с тяжестью проблем, связанных с алкоголем или наркотиками. Вторая состоит в коллективном, направленном усилии — это более интенсивный способ интервен-

ции, требующий участия как можно большего количества людей, значимых в жизни пациента. Тверски (1983) детально описывает стратегию каждого из этих подходов, и заинтересованный читатель может обратиться к процитированной статье для более полного знакомства с этой процедурой. В этой главе будет представлено описание третьего подхода, комбинирующего элементы двух различных процессов, данных Тверским. Этот третий подход подчеркивает использование конвенционального формата психотерапевтической группы и позволяет ведущему адаптироваться к ситуации, требующей работы с некоторым количеством не желающих лечиться пациентов, принуждаемых к лечению правоохранными органами.

Существует шесть принципов интервенции, с которыми ведущий должен быть знаком, если он ведет психотерапевтическую группу с недобровольными пациентами, принуждаемыми к лечению из-за злоупотребления наркотиками или алкоголем.

1. Не выполняйте интервенций в одиночку. Они должны происходить в маленькой группе, с поддерживающим ко-терапевтом и лечебной командой. Если группа ведется в согласии с вышеописанными принципами, ведущий сможет использовать силу давления группы равных в качестве мощного подспорья интервенции. Поскольку активно употребляющий алкоголь или наркоман мало открывается ведущему, профессионал обладает лишь небольшим (если вообще обладает) авторитетом. Эффективность ведущего будет определяться его способностью мобилизовать остальных членов группы для поддержки процесса интервенции.
2. Установите и удерживайте специальные цели для каждой групповой сессии. Если ведущий не будет структурировать группу так, чтобы каждая сессия становилась постепенно все более и более конфронтационной и обращалась бы ко все более и более глубокому уровню индивидуального отрицания, то групповой процесс вырождается в бесцельный обмен «фронтальными рассказами», в жалобы и отыгрывание. Ведущий должен помнить, что групповая интервенция — не терапия. Целью этих сессий является тренировка, идентификация и интервенция. Обычный подход к ведению группы нужно или отбросить, или использовать более скупое.

3. Фокусируйтесь на специфических данных, которые очевидны, конкретны и неоспоримы. Это наиболее важный компонент процесса интервенции. Ведущий должен использовать начальные сессии группы для сбора конкретной информации об употреблении химических препаратов алкоголиками или наркоманами и определить, как и в чем употребление неблагоприятно повлияло на их жизнь. Эти данные должны быть собраны ненавязчиво и возвращены человеку обратно таким образом, чтобы они были приемлемы, неопровержимы и несомненны.
4. Создайте атмосферу внимания и заботы. Это должно стать первой задачей ведущего. Конфронтации должны использоваться очень экономно до тех пор, пока не будет создана терапевтическая атмосфера. Если такая атмосфера не установилась, группа останется спорящей, сопротивляющейся и защищающейся. Зачастую единственной вещью, которая может разоружить алкоголика или наркомана, является чувство, что ведущему, лечебной команде и членам группы есть до него дело. Большинство алкоголиков и наркоманов боятся высококонфронтационного поведения. Они держат свои защиты наготове. Обычно они контролировали подобные ситуации в течение длительного времени, и знают, что смогут справиться с одним ведущим или консультантом.
5. Действуйте, исходя из хорошо сформированной структуры лечения. Не оставляйте никаких лазеек. Определитесь и согласуйте модальность лечения (т.е., стационарное, амбулаторное, АА, и т.д.), которую примут они и другие члены группы, если будет установлено, что они зависимы. Как только договоренность по этому поводу достигнута, минимизируйте время между интервенцией и вступлением в выбранную программу лечения.
6. Нужно установить, какие последствия будет иметь отказ. В ситуациях, когда интервенция проводится работодателем, это может быть потеря работы. Если интервенция затеяна семьей, это может быть развод. В интервенции с пациентами, направленными судом, в наступлении подобных последствий обычно нужно полагаться на поддержку правоохранительных органов. В некоторых случаях это может быть условный срок, тюремное заключение или штраф.

Формат групповой интервенции для правонарушителей, направленных судом

Многие ведущие групп оказываются перед сложной задачей — они пытаются вести психотерапевтические группы с не желающими лечиться пациентами, которые не хотят быть в группе, но вынуждены присутствовать, поскольку находятся под арестом, связанным с употреблением алкоголя или наркотиков. Здесь будет приведен формат для работы с правонарушителями ВСИ, принудительно посещающими групповую терапию и лечение по судебному приговору. Хотя специфика этого формата будет ограничена только ВСИ, этого достаточно для обобщения сведений о данном формате, чтобы позволить творческим ведущим адаптировать его принципы к своей частной ситуации. К примеру, во множестве случаев суд будет отсылать на лечение человека, подозреваемого в наличии проблем с алкоголем или наркотиками. Часто подобные индивиды совершают преступления только в состоянии интоксикации или для того, чтобы заплатить за наркотики. Лечение часто является альтернативой тюремному заключению, поскольку доказано, что преступления прекратятся, если употребления наркотиков не будет. Конвенциональная терапия, особенно поддерживающая индивидуальная терапия, с такими людьми обречена на провал. В данном случае следует выбирать групповую психотерапию, которая ведется следующим образом.

После того, как человек был арестован и осужден за преступление (в данном случае, ВСИ), правонарушителю следует предложить выбор между тюрьмой и лечением. Большинство выберет последнее. Это важно, поскольку этот элемент выбора увеличивает их восприимчивость к лечению. Важно также, чтобы этот выбор был предоставлен после того, как правонарушитель осужден, поскольку это позволяет привести в действие судебные рычаги воздействия для обеспечения послушания — использование условного наказания или сокращения срока в обмен на признание виновности. Если осужденные не выполняют процедуры, предусмотренной договором, они должны осознавать и быть уверенными в том, что суд приведет в действие альтернативные последствия их выбора. Подобный контракт должен быть ясно оговорен и определен судом. Правонарушители должны также осознавать все ограничения, которые накладывает подобный контракт на типичные

предписания о терапевтической конфиденциальности. Нужно добиваться письменного согласия, и до нарушителя необходимо донести — в недвусмысленных терминах — то, что лечебный персонал по этому контракту обязан докладывать суду или офицеру условного заключения обо всех случаях его нарушения. Поскольку подобное положение дел неизбежно скомпрометирует альянс терапевта и пациента, лечебный персонал может спасти этот альянс, убедив последнего в том, что личная информация в суд передаваться не будет. Действительно, часто бывает полезно согласиться на то, чтобы показывать ему копии корреспонденции, отсылаемой в суд, и просить его подписываться на этих письмах. Это убеждает пациентов в том, что они будут хорошо знать, какие сведения поступают в суд, и, таким образом, восстанавливает большую часть доверия и безопасности, утраченных при заключении первоначального контракта.

Уличенному ВСИ предоставляется выбор: провести выходные в тюрьме или в школе ВСИ. Большинство выбирает школу, и появляется на программе в пятницу вечером. Большинство не знает, что их ожидает интенсивный марафон выходного дня, где время делится между лекциями в большой группе и сессиями малых психотерапевтических групп. Численность малых групп ограничена десятью членами, а условия марафона обеспечивают полную абстиненцию от наркотиков и изоляцию от привычных систем внешней поддержки.

ВСИ программа не должна быть ориентирована на лечение, а ведущие во время этих выходных не должны проводить психотерапию. Скорее, фокус программы и терапевтических групп — интервенция, и акцент смещается на долечебные мероприятия, идентификацию, оценку и диагностику. Обстановка трехдневного марафона может стать очень мощным, действенным опытом, если выдержано правильное направление. Благодаря своей структуре марафон дает ведущим время и интенсивность, необходимые для того, чтобы определить степень, в которой каждый из нарушителей затронут алкогольными или наркотическими проблемами. Поскольку для многих терапевтов зачастую бывает невозможно организовать такие интенсивные лечебные программы или пользоваться поддержкой целой команды, то цели, намерения и даже ожидания от подобного подхода должны быть модифицированы так, чтобы соответствовать конкретной ситуации.

Для того, чтобы провести идентификацию, групповую интервенцию и рекомендовать лечение (если таковое требуется), нужно поставить себе три цели:

1. Оценка и сбор данных. Одна треть или половина правонарушителей ВСИ, как правило, не имеет серьезных проблем с наркотиками или алкоголем. Те же, кто имеет, должны быть подвергнуты оценке, и эта оценка должна подкрепляться специфическими, конкретными данными, собранными во время групповых сессий.
2. Используйте групповую динамику, чтобы прорваться сквозь отрицание — так, чтобы человек смог связать употребление химических препаратов с теми трудностями, которые он переживает.
3. Мотивируйте идентифицированных пациентов на поиск лечения.

Формат групповой интервенции

Группу, которая ведётся описанным образом, не стоит путать с групповой терапией в том виде, в каком она практикуется с теми, кто ищет групповой терапии по собственному желанию. Хотя многие принципы группового процесса и групповой динамики используются и в групповой интервенции, цель каждой сессии явно отличается от целей большинства других привычных типов психотерапии, как индивидуальной, так и групповой. Ограничение во времени, динамика аддиктивного процесса и общее сопротивление членов группы требуют от ведущего занятия очень активной позиции в установке фокуса процесса интервенции. Каждому члену группы нужно дать информацию о концепции болезни. Это должно быть сделано в форме лекции в большой группе, отдельно от встреч в малых группах. Цель процесса в малой группе — усвоить представленный лекционный материал, в той степени, в которой он актуален в жизни каждого из участников. В этом контексте ведущий группы должен направлять свою энергию на то, чтобы стимулировать взаимодействие членов группы друг с другом. Именно в процессе этого взаимодействия ведущий соберет необходимые данные, могущие подтвердить аддикцию каждого из участников группы.

Поскольку большинство участников поначалу не знает, чего ожидать от первой групповой сессии, их тревожность и защиты

оказываются чрезвычайно сильными. Первая сессия, или, в некоторых случаях, первые несколько сессий должны быть направлены на снижение этой тревожности и смягчение защитной позиции. Это лучше всего сделать, попросив участников представиться, объяснить обстоятельства своего ареста и рассказать о причинах, заставивших их присутствовать на этой групповой встрече. Наименее настороженных участников следует поощрять говорить первыми, а ведущий должен демонстрировать поддержку всякий раз, когда в группе проявляется гнев или возбуждение. Гнев должен быть рассеян, прежде чем группа сможет продвинуться к свободно организованному взаимодействию. Многие участники могут быть в ярости на суд, на своего адвоката, на судью или на полицию, арестовавшую их (некоторые справедливо, но большинство — несправедливо). Если этот гнев встречает конструктивную и заботливую поддержку на первой или нескольких первых сессиях, то враждебность начнет уступать место разуму и периодическим проблескам юмора. Исследование подобных обменов со здоровым смехом без примеси враждебности может очень существенно ослабить напряженность на начальных стадиях групповой работы. Когда группа начнет чувствовать себя более удобно, ведущий должен обеспечить ее работой, сделав фокусом сессии то, что думают и говорят участники. Большинство алкоголиков и наркоманов явятся на группу, готовые защищать своё употребление алкоголя и наркотиков. Дайте ясно понять, что вас, как ведущего группы, не заботит: а) то, как они пьют или принимают наркотики; б) что они пьют и какие наркотики принимают; в) когда они пьют или принимают наркотики; г) с кем они пьют или принимают наркотики; и д) где они пьют или принимают наркотики. Такая позиция ослабит их защиты и вовлечет их в процесс оценки. Как только они разрядят свой гнев и тревожность, многих, если не всех, можно убедить «получить максимум от этой ситуации, раз уж вы здесь. Вы можете или продолжать злиться и превратить эти выходные в кошмар, или использовать их, чтобы получше узнать себя». В этот момент, если интервенция проведена убедительно, ведущий будет удивлен количеством людей, как аддиктивных, так и неаддиктивных, которые захотят понять, какую роль алкоголь и наркотики играют в их жизни. Призыв оказывается наиболее эффективным, если преподнесен следующим образом:

«Люди, которые пьют и принимают наркотики, разделяются на две категории. Существуют такие, кто может делать это без каких-либо проблем, и те, кто наделен физиологической или генетической предрасположенностью к тому, чтобы пристраститься к ним и стать зависимыми. Сто миллионов людей в этой стране пьют. Для девяноста миллионов из них это социальное питье. Небольшой процент — десять процентов, или десять миллионов — не может пить социально. Если вы принадлежите к этому меньшинству, мы хотим, чтобы вы участвовали в групповых занятиях в эти выходные, чтобы у вас был шанс понять, какова степень вашей вовлеченности, и как это влияет на вашу жизнь. Мы хотим побудить вас взглянуть на последствия своего пьянства и употребления наркотиков. Мы также хотим, чтобы вы взглянули на историю своей жизни и на свои отношения с химикатами, и решили, в ваших ли интересах продолжать пить или принимать наркотики. Существует восемь главных областей жизни, которые мы хотели бы, чтобы вы рассмотрели:

1. Самооценка (образ себя)
2. Семейные отношения
3. Отношения с равными
4. Работа
5. Финансы
6. Отношения с законом
7. Сексуальная активность
8. Здоровье

Исследуйте каждую из этих областей в связи с употреблением вами алкоголя или наркотиков. Была ли одна или несколько из этих сфер затронута тем, что вы пьете или принимаете наркотики? Если какая-нибудь из этих сфер оказалась нарушенной, хотите ли вы продолжать подвергать ее угрозе, лишь бы продолжать пить или принимать наркотики? Это ваше решение. Однако, пока вы будете решать, мы хотели бы предложить вам исследовать эти вопросы с другими членами группы. Мы здесь не для того, чтобы спорить с вами или пытаться вас переубедить. Это ваш выбор. Но у вас есть уникальная возможность здесь, в группе, получить обратную связь от других участников, которые, быть может, бьются над решением тех же проблем. Мы просто хотим поддержать перед

вами зеркало. Докажите нам и себе, к какой категории людей вы принадлежите — к тем, кто может, или тем, кто не может пить или употреблять наркотики в социально приемлемых формах».

Если ведущие принимают эту позицию и избегают навешивать ярлыки «алкоголиков» и «наркоманов», то они часто могут зацепить наиболее сильно сопротивляющихся членов группы и бросить им вызов. Поскольку большинство алкоголиков и наркоманов страдает от разной степени грандиозности или нарциссизма, и они чувствуют, что любого смогут убедить в том, что у них нет никаких проблем с алкоголем или наркотиками, они часто с готовностью принимают такого рода вызов. Обычно они не могут устоять перед искушением указать на то, как алкоголь или наркотики влияют на других. Из-за собственной идентификации с другими алкоголиками и наркоманами они мастерски владеют этим искусством. Задействовав оба эти принципа, ведущий вскоре обнаружит, что через очень краткое время у него в руках оказывается активно вовлеченная в работу группа.

Обычно в начале группы ведущий и ко-терапевт могут ожидать вопросов о том, как они сами принимают наркотики. Подобные вопросы неизбежны, и тут чрезвычайно важно самораскрытие. Если ведущий группы не предоставит подобную информацию добровольно, то он может ожидать, что ему зададут прямой вопрос о его собственном употреблении алкоголя и наркотиков. Осторожность или попытка скрыться за терапевтической нейтральностью не поможет. Поскольку группа идет короткое время, по природе своей не добровольна, и поскольку ведущие просят всех остальных о самораскрытии на некую специфическую тему, осторожность или уклончивость с их стороны только увеличит склонность к защите других членов группы. В этом вопросе ведущий должен являть собой модель того, о чем он просит остальных. Добровольно и свободно изложенная на ранних этапах работы группы, личная информация об отношениях с алкоголем и наркотиками улучшает групповой процесс. Однако, терапевт должен быть абсолютно честным. Если он сам — выздоравливающий алкоголик или наркоман, то этим нужно поделиться с группой. Если в прошлом ведущий злоупотреблял наркотиками, а сейчас он их не принимает, то эта информация, изложенная с должной точки зрения, может спо-

способствовать тому, что члены группы с большей охотой будут рассказывать о своем употреблении алкоголя или наркотиков. Если ведущий группы употребляет алкоголь, не являясь алкоголиком, этого также не нужно скрывать от группы. Изложенные в нужном контексте, эти сведения также часто улучшают самораскрытие. Однако, если ведущий или ко-терапевт употребляют какие-то наркотики, даже если это так называемое рекреационное (развлекательное) курение марихуаны, этим делиться нельзя. Фактически, если терапевт употребляет какие бы то ни было наркотики, то его эффективность в работе с этого рода пациентами будет серьезно скомпрометирована. Нельзя забывать, что употребление наркотиков незаконно. Признание группе в том, что ты сам употребляешь наркотик для развлечения, несет в себе завуалированное послание о том, что законы — для вас, а не для меня. Это — ханжеская и нечестная позиция. Для всех без исключения будет лучше, чтобы терапевт, употребляющий наркотики, не работал с зависимыми пациентами. Аддиктивные пациенты должны передаваться другому терапевту, а этот ведущий должен избегать любого типа работы, связанной с лечением аддикций.

По мере того, как члены группы все более увлекаются друг другом, начинает развиваться сплоченность. До этого момента конфронтация должна быть минимальна. Самораскрытие, особенно то, что разные члены группы начинают рассказывать о влиянии на свою жизнь алкоголя или наркотика, обычно ведет к быстрому углублению чувств. Как только члены группы начинают идентифицироваться с другими в беспокойстве об употреблении алкоголя и наркотиков, их можно легко подтолкнуть к мягкой конфронтации друг с другом. Ведущий, правильно использующий время и умеющий подбодрить, обычно может сделать группу очень отзывчивой к конфронтации. Как правило, бывает необходимо лишь небольшое поощрение, и некоторые члены группы начинают отвечать другим честно и открыто. Открытость и честность может быть усилена тем, что сначала концентрируются на наименее настороженных участниках. Чем более тревожны и осторожны участники, тем медленнее нужно их вводить в процесс. Аккуратно нужно обращаться и с теми участниками, которые не желают открываться и быть честными. Если им позволить выступить первыми, то это лишь установит в группе норму защитного поведения. По мере нарастания группового взаимодействия, ведущий может

использовать более открытых участников группы для того, чтобы вовлечь в групповой процесс более осторожных. Такое утверждение, как «Эй, Джо, как ты думаешь, Билл действительно хочет получить обратную связь?» могут быть очень эффективным способом привлечения даже самых неподдающихся.

К концу третьего дня члены группы обычно становятся по-настоящему честными и открытыми друг с другом. Перед тем, как закончить работу в группе, попросите каждого из участников оценить себя — как человека, имеющего пагубную привычку к алкоголю или наркотику, или не имеющего таковой. Побудите их исследовать наиболее значимые сферы жизни и определить, как обстоятельства их жизни, связанные с пьянством и приемом наркотиков, соотносятся с информацией, собранной ими за эти выходные — из личных историй, рассказанных на группе, из лекций и из обратной связи, которую они получили от других. Попросите их рассказать группе, что бы могло, на их взгляд, быть подходящим действием, которое стоит сейчас предпринять, опираясь на то, что они услышали и обнаружили в себе. Потом попросите, чтобы они сказали, почему, на их взгляд, это так. По завершении этой задачи, попросите, чтобы каждый из оставшихся членов группы выразил поддержку или несогласие с заявленной оценкой и планом. Консенсус в группе обычно бывает высоким, и это зачастую ведет к уступчивости. В некоторых случаях индивиды, которые очень мало чем делились на протяжении всех выходных, вдруг объявляют, что группа подтвердила то, о чем они так долго подозревали, но боялись думать, а именно, то, что они — алкоголики. В конце группы должны излагаться лечебные рекомендации, а также должно быть составлено расписание индивидуальных сессий для обсуждения последствий неудачи в достижении оговоренных целей лечения.

Главная роль интервенции заключается в том, чтобы помочь пациентам сделать выбор относительно употребления ими алкоголя и наркотиков. К концу выходных они должны быть способны определить преимущества не-пития или не-приема наркотиков в сравнении с проблемами в собственной жизни, порождаемыми их употреблением. Этот выбор, в конечном результате, должен быть сделан каждым участником группы. Несмотря на изобилие очевидных доказательств обратного, некоторые индивиды будут отказываться ясно видеть свою ситуацию, или не смогут принять

адекватных мер для изменения своего саморазрушительного поведения. Ведущие должны осознавать, что они не могут контролировать поведение химически зависимого человека и не могут диктовать, что этот человек должен делать. Они могут конфронтировать, принуждать, осуществлять интервенции и использовать весь арсенал терапевтических рычагов, но выбор действия определяется самим человеком. Алкоголик или наркоман стоит перед выбором: сохранить или потерять свою работу, отправляться ли в тюрьму, сохранить или разрушить свою семью. У них есть также возможность начать лечение. Надеюсь, что техники, описанные в этой главе, увеличат шансы на положительный результат.

Глава 10.

Проблемы средней стадии лечения.

Когда ведущие группы уже подвели, направили и даже протолкнули алкоголиков и наркоманов через стадии предварительного осознания и подготовки к будущему изменению, доминирующей темой лечения становится такой компонент выздоровления, как действие. Теперь задача ведущих — обеспечить активное включение членов группы в процессы лечения и выздоровления. Изменение роли ведущего требует и нового подхода к методам его работы. Отныне он должен чутко отслеживать не только этапы индивидуального выздоровления, но и тонко осознавать стадии развития самой группы, потому что именно это определит функции, которые он должен будет активизировать на каждом из этапов выздоровления.

Аллен Серкис (Allen Surkis, 1989) уделил особое внимание различиям между лидерскими и терапевтическими функциями при ведении группы. Он утверждает, что лидерские функции должны предшествовать терапевтическим, поскольку первые являются необходимой предпосылкой вторых. Лидерские функции (при правильном применении и управлении) помогают снизить уровень тревоги и напряжения в группе, способствуя созданию атмосферы, необходимой для того, чтобы на последующих этапах развития могли доминировать терапевтические функции. Сходную позицию занимает Ялом, рекомендуя следующее: первая из трёх основополагающих задач ведущего — это обеспечение физического выживания группы. Как и у Серкиса, данное положение требует, чтобы ведущий направил всю свою энергию на установление надежной безопасной среды с четко определенными временными рамками, терапевтическими нормами и структурой.

Серкис предлагает дифференцировать лидерские и терапевтические функции следующим образом (См. табл.10.1).

Есть и другие важные различия, которые ведущий группы должен учитывать при определении самого эффективного подхода на том или ином этапе изменения конкретного зависимого индивида. Специфика раннего, среднего и позднего этапов выздоров-

ления требует по разному расставлять акценты в требованиях к целям и к деятельности ведущих группы. Некоторые из этих отличий представлены в таблице 10.2.

Таблица 10.1

Лидерские функции Ранняя/ Средняя стадия	Терапевтические функции Поздние стадии
1. Снижение тревоги и управление напряжением.	1. Поощрение любопытства и радости открытия
2. Помощь группе в преодолении сопротивления и в достижении сплоченности	2. Обеспечение возможностей для корректирующего эмоционального опыта или взаимоотношений.
3. Соблюдение границ (время начала и окончания, принятие новых членов и т.п.).	3. Помощь членам группы в открытии или исправлении постыдных, не признаваемых частей себя.
4. Управление высвобождением эмоций, и, в особенности, гнева.	

Минкофф (Minkoff, 1995) рекомендует четырехфазный подход к лечению, имеющий некоторые параллели с пятиступенчатой моделью изменения по Прохазке и ДиКлементе (1992). Минкофф предлагает следующее:

1. острая стабилизация;
2. заинтересованность;
3. длительная стабилизация и
4. выздоровление, с акцентом на:
 - а) устойчивую стабильность;
 - б) устойчивую трезвость.

После достижения стабилизации (на раннем этапе лечения), на средней стадии процесса выздоровления доминируют заинтересованность и длительная стабилизация. Исходя из концепции болезни и перспективы модели абстиненции, это требует использования групповой терапии как средства дополнения и поощрения заинтересованности алкоголиков и аддиктов в двенадцатишаговой программе выздоровления и ее поддерживающих группах.

Последние рекомендации целого ряда авторов предлагают, чтобы важной частью развития заинтересованности стало «окультуривание» пациента, т.е. поднятие его до уровня, необходимого для терапевтической среды и «культуры выздоровления» АА (Kemker, Kibel и Mahler, 1993). Это является необходимым требованием не

только для пациента, но и для многих специалистов, не знакомых с языком, культурой и терапевтической философией двенадцатишаговых групп. Групповая терапия, как неотъемлемая часть этого процесса окультуривания, выполняет, согласно Кемкер с соавторами, уникальную функцию. Благодаря своей внутренней структуре, малочисленная группа имеет большой потенциал для установления эмоциональных связей, необходимых на средней фазе выздоровления, или фазе заинтересованности. Двумя важными элементами процесса являются: (1) признание необходимости абстиненции, и (2) введение в культуру выздоровления. Кемкер, Кибел и Малер (1993) подчёркивают уникальные отличительные особенности работы с алкоголиками и аддиктами в рамках структурированной терапевтической среды. Они утверждают, что «Наркологическое отделение — это продукт двух мощных институтов: психиатрии и АА» (с.300). Успешное лечение аддикций требует некоторой специальной адаптации терапевта и «предполагает обращение к движению выздоровления за поддержкой и ощущением высшей цели» (с.300). Лечение людей с проблемами химической зависимости требует от терапевтов осознания того, что они не могут лечить таких пациентов в одиночку — «что зависимость проникает очень глубоко, пациент слишком отчужден». Кемкер, Кибел и Малер считают, что лечение зависимостей требует «приоритета групповых занятий и движения самопомощи» (с.299).

Таблица 10.2. Требования к целям и деятельности ведущих групп

Цель	Ранняя/Средняя фаза	Поздняя фаза
1. Аффект/эмоции	Минимум. Акцент на познании и контейнировании	Оптимальный уровень тревоги
2. Регрессия	Ослабление	Усиление
3. Акцентирование «здесь и сейчас»	Снижение — большой акцент на «там и тогда» алкогольного опыта	Возрастание (принцип непосредственности)
4. Конфронтация	Фокус на поведении, связанном с употреблением алкоголя или наркотика	Меньше — большой акцент на интимность
5. Деятельность ведущего	Более активная и прозрачная	Менее активная, выраженная и прозрачная
4. Индивидуальное-интрапсихическое	Больше	Меньше

ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ЗАВИСИМОСТЕЙ.

7. Межличностное	Меньше	Больше
8. Группа как целое	Меньше	Больше
9. Поддержка — удовлетворение	Больше	Меньше
10. Содержание/ процесс	Содержание	Процесс

В более поздних публикациях Матано и Ялом (1991) дают рекомендации, очень близкие к тем, которые предлагают Кемкер, Кибел и Малер, когда советуют уделить особое внимание интегрированию принципов двенадцатишаговой программы выздоровления и АА в формат групповой терапии. Матано и Ялом предупреждают, что большинство традиционных подходов к лечению зависимостей обречены на провал, если они не соблюдают следующих принципов:

1. Выздоровление и абстиненция всегда должны оставаться основным приоритетом;
2. Пациенту нужно принять самоидентификацию в качестве алкоголика или наркомана;
3. Тревога в группе должна тщательно регулироваться;
4. Должно быть проведено чёткое различие между тем, за что алкоголик или наркоман несёт ответственность, а за что нет;

Ведущий группы должен хорошо владеть языком, шагами и традициями АА и других двенадцатишаговых программ выздоровления.

Матано и Ялом выделяют в своих рекомендациях два главных момента, которые часто упускаются терапевтами, не знакомыми с групповой работой с аддиктами. Во-первых, они предупреждают, что ведущий группы, не знакомый с языком и принципами двенадцатишаговых программ, не защищен от неправильного использования концепций АА членами группы, которые могут исказить их и использовать в целях сопротивления. Хорошее владение программой АА не только позволяет интегрировать эти принципы в терапевтический процесс, оно позволяет также снизить сопротивление.

Во-вторых, Матано и Ялом помогают прояснить важность разграничения зон ответственности. Как они справедливо отмечают, люди с проблемами зависимости не могут нести ответственность за свою болезнь или неспособность контролировать употребление после первого глотка алкоголя или первой дозы. И тем не менее,

они ответственны за этот первый глоток или за первую дозу. Общеизвестно, что алкоголики, в частности, стремятся избежать ответственности за первый стакан, который непосредственно включает механизм алкогольной зависимости. Они склонны оправдывать свой срыв какой-то «случайностью», которая произошла с ними совершенно неожиданно. Члены АА с большим опытом и специалисты по зависимостям конфронтируют такой уход от ответственности, настаивая на том, чтобы алкоголик присвоил свое решение выпить, поскольку в действительности это — умышленный акт. Им говорят: «Это не случилось с тобой, ты сам это сделал! Более того, если ты отрекаешься от ответственности за это, то тебя это ничему не научит». Следовательно, зависимые люди должны принять на себя ответственность за все свои действия и поведение. В ближайшее время они должны принять ответственность за то, будут ли они работать по шагам двенадцатишаговой программы и использовать то, что помогло другим зависимым, чтобы обеспечить свое собственное выздоровление. В дальнейшем им придется принять ответственность за выбор того, как они будут взаимодействовать с другими в непосредственности обстановки здесь и сейчас в группе. И наконец, на поздних стадиях выздоровления и лечения ведущим вопросом станет ответственность за свои межличностные связи.

Кроме того, Матано и Ялом указывают на некоторые источники потенциальных конфликтов между АА и психотерапией. Они предлагают полезные соображения по поводу способов разрешения этих конфликтов и объяснение того, как иногда подобные противоречия индуцируются заблуждениями и предубеждением. Они приходят к выводу, что эти противоречия не должны препятствовать созданию здорового рабочего альянса между двенадцатишаговыми программами и профессиональным сообществом:

«Важно разрешить эти выявленные зоны несовместимости АА и психотерапии. Мы убеждены, что АА и психотерапия не являются конкурирующими силами, которые угрожают выживанию или эффективности друг друга, напротив, они взаимно усиливают друг друга. Их цели похожи, и они используют гораздо больше общих методов, чем принято считать. Тем не менее, не следует забывать о том, что психотерапия и АА всё же являются различными системами, с присутствием каждой из них широким кругом практик, интерпретаций, теорий и

традиций; поэтому, к сожалению, как в АА всегда будут свои «консерваторы», открыто выступающие против идеи терапии, так и среди психотерапевтов будут те, кто с пренебрежением относится к АА». (1991, стр.284-285)

Интегрирование принципов двенадцатишаговой программы в более традиционные формы групповой психотерапии, несомненно, является одной из первостепенных задач, стоящих перед ведущим группы на ранних и средних стадиях выздоровления. Диесы (Dies и Dies, 1993) выработали рекомендации для краткосрочной групповой терапии, которые могут подсказать ведущему, пытающемуся справиться с этой задачей, некоторые направления и структуру. Директивная Модель Фасилитации для краткосрочного группового лечения, которую отстаивают Диесы, имеет много параллелей с рекомендациями Ялома, так как их подход основан на развитии и сфокусирован на межличностном аспекте. Они выделяют в своих рекомендациях двадцать один принцип, первые десять из которых будут представлены здесь, как имеющие особенно важное значение для ранней и средней стадий лечения.

1. Заключайте реалистичный контракт

Диесы рекомендуют многое из того, что было предложено для предгрупповой подготовки в Главе 3 этой книги. Адаптируя рекомендации Kemker, Kibel и Mahler, Матано и Ялом, Диес и Диес предлагают сделать абстиненцию и самоидентификацию в качестве наркомана или алкоголика основными составляющими любого реалистичного контракта с алкоголиком или наркоманом.

2. Создайте позитивный климат

В соответствии с рекомендациями, ведущий группы должен обеспечить максимально возможную структурированность, которая способствует соблюдению поддерживающих норм и акцентирует благожелательное общение между членами группы. Многие из рекомендаций Ялома, касающихся установления терапевтических норм и роли ведущего как образцового участника, весьма ценны и здесь.

3. Фокусируйтесь скорее на процессе, чем на содержании

Так же как и Ялом, Диесы говорят о необходимости постоянно поддерживать значимые межличностные контакты между членами группы. Они предостерегают против чрезмерной индивидуальной

работы или концентрации внимания на содержании. Двенадцатишаговые группы и индивидуальные сессии предоставляют участникам более, чем достаточно, возможностей для рассказа своих историй и исследования нюансов личных переживаний. Групповая терапия эффективна тогда, когда приоритет отдается концентрации на самом процессе, что акцентирует индивидуальные взаимодействия непосредственно в группе.

4. Применяйте проактивный стиль руководства

Диесы, как и Ялом, настоятельно рекомендуют активный стиль ведения группы. Некоторые причины, обуславливающие важность этого вопроса, приводились в Главе 5. Самая главная из них состоит в том, что алкоголики и наркоманы не реагируют должным образом на пассивные или дистанцированные стили ведения, преобладающие в большинстве традиционных подходов к психотерапии.

5. Конфронтируйте препятствия, возникающие в группе.

Группа неизбежно обратится к проблемам безопасности, честности, открытости и аутентичности. Членам группы необходимо будет выяснить, насколько естественными они могут быть друг с другом. Очень важно, чтобы ведущий чутко воспринимал эти общие для всей группы проблемы, и активно направлял группу на преодоление неизбежных сложностей и сопротивления.

6. Объясняйте групповые конфликты и сопротивление.

По мнению Диесов, клиницисты излишне прямолинейно интерпретируют групповое сопротивление как подсознательный сговор членов группы с целью уклонения от групповой работы. И хотя такой защитный процесс действительно проявляется, опыт Диесов показал им, что существует два основных источника нежелания быть активно вовлеченным в серьезный терапевтический процесс в группе, а именно: (1) угроза личной уязвимости, и (2) неоднозначное понимание того, как эффективно использовать группу, из-за недостаточной ясности ее задачи. Как они пишут, «по мере того, как мы, не жалея сил, укрепляем межличностную поддержку и сплоченность, и терпеливо разъясняем, в каких рамках должно происходить изменение, мы обнаруживаем, что недоверие и настороженность начинают рассеиваться сами по себе, естественным образом». (с.180)

7. Объясняйте на примерах теорию изменения.

Новые члены группы чаще всего имеют самые наивные представления о том, как групповая терапия может быть продуктивной. Как и Ялом, Диесы уверены, что способность группы оказывать действенную терапевтическую помощь заключается в «процессе взаимного исследования и участия, а не в разыгрывании ролей, раздаче советов или общении в стиле вопрос — ответ». (с.181) Ялом и Ормонт, как и большинство других опытных ведущих, указывают на важность этого принципа, и призывают ведущих групп помочь участникам как следует усвоить этот ценный урок, но не посредством дидактического информирования, а на опыте того, как это происходит в группе.

8. Высказывайтесь часто, но коротко.

Требуемую от ведущего группы деятельность он должен осуществлять, обозначая свое присутствие частыми, но краткими интервенциями. Это не должно строиться, как рекомендуемое Диесами утверждение автократического руководства группой. Самые лучшие интервенции в группе всегда те, которые кратки и просты. Искусство ведения группы заключается в способности сказать важные и сложные вещи просто и коротко.

9. Поощряйте членов группы к принятию на себя ответственности

Лучшие интервенции — те, что переносят ответственность на группу и её членов. Как считает Ялом, группа, способная к самомониторингу — это самая высокоэффективная группа.

10. Обеспечивайте фокусирование на здесь и сейчас

Диесы рекомендуют ведущему группы удерживать её в непосредственности настоящего момента. Как считают Ялом и Ормонт, группа работает максимально эффективно, когда члены ее пребывают непосредственно в моменте здесь и сейчас.

Рекомендации, представленные здесь Диесами, дополняют модель, основные положения которой предложил Ялом и доработал Ормонт. И хотя как Ялом, так и Ормонт имеют дело исключительно с долгосрочными амбулаторными группами, данные десять принципов могут помочь начинающему групповому терапевту определить, какие стратегии будут лучше удовлетворять требованиям формата структурированной групповой терапии, которая является частью более широкой и всеобъемлющей лечебной программы.

Групповые терапевты быстро обнаружат, что многие из принципов, обеспечивающих успешную долгосрочную амбулаторную групповую терапию, должны быть модифицированы при проведении краткосрочного лечения в стационаре или в ином заведении. В таких условиях групповая терапия не является единственным терапевтическим опытом, но лишь одним из компонентов более широкого и всеобъемлющего лечебного подхода. И, следовательно, то, как он работает и что ведущий группы может делать, а что нет, определяется динамиками и ограничениями атмосферы, доминирующей в лечебной программе.

Срыв и выздоровление

Для сообщества, специализирующегося на лечении зависимостей, хорошо известной аксиомой является тот факт, что обычно алкоголики и наркоманы не отказываются от употребления своей химической субстанции до тех пор, пока боль и дисфория, испытываемые ими при постоянном приеме, не перевесят удовольствия и эйфории, получаемых при употреблении в данный момент. И наоборот, есть вероятность того, что наркоманы и алкоголики сорвутся и вернуться к употреблению, если дисфория и боль, испытываемые ими в состоянии абстиненции, превысят удовольствие или покой, получаемые от факта выздоровления. Именно поэтому значительная часть лечения аддикций направлена на мониторинг тонкого баланса между удовольствием и дисфорией. Поскольку большинство алкоголиков и наркоманов в высшей степени нетерпимы к откладыванию ожидаемого удовольствия, они, как правило, скорее предпочтут любой хорошо известный источник мгновенного удовольствия (т.е. алкоголь или наркотики) возможному источнику вероятного удовлетворения в отдалённом будущем; они всегда будут стремиться к быстрому и проверенному способу. Для того, чтобы изменить этот прочно укоренившийся психологический паттерн отношения и привычного поведения, они прежде всего должны понять и принять следующую предпосылку: сам их способ разрешения проблем является проблемой. Необходимо помочь им понять, что алкоголь или наркотики — это не выход; они только продлевают агонию, откладывая на потом реальность ситуации. Как говорят членам АА, «Ничто не может быть плохо настолько, чтобы его нельзя было ухудшить еще парой рюмок». Во-вторых, чтобы лечение было действительно успешным,

выздоровливающим наркоманам и алкоголикам необходимо дать надежду и новый способ поведения, с другим набором отношений, которые позволили бы им получать большее и более длительное удовольствие от воздержания, чем они могли бы получить от сиюминутной эйфории при употреблении алкоголя или наркотиков.

Чтобы побудить алкоголиков оставаться трезвыми, а наркоманов — чистыми, требуется совершенно иной набор стратегий, отличный от тех, которые применялись на начальном этапе с целью заставить их прекратить прием веществ. Ожидание того, что алкоголики или наркоманы будут воздерживаться от употребления алкоголя или наркотиков, подразумевает, что они должны осознать, принять и испытать на собственном опыте преимущества воздержания. Поскольку испытать преимущества воздержания не всегда удается сразу, пациенты должны принять их на веру и надеяться, что рано или поздно их ожидания оправдаются. Ялом (1975), выражая сходные соображения по поводу способности индивида получать пользу от психотерапии, обращает наше внимание на важность веры и воли во всех формах лечения. Ожидание того, что пациенты изменятся — это просто продолжение морально-философского убеждения в том, что если человек знает, что есть добро (т.е. то, что, в самом глубоком смысле, соответствует его лучшим интересам), то он будет поступать соответственно. Или, словами Фомы Аквинского: «Человек, действующий по собственной воле, поступает согласно некоему воображаемому добру» (Ялом, 1975, с.157). Поэтому необходимо убедить аддиктов в наличии преимуществ для них в воздержании и трезвости. Важным аспектом профилактики срывов является поиск эффективных способов убеждения аддиктов в том, что отказ от употребления алкоголя и наркотиков соответствует их лучшим интересам. С этой задачей не справиться только с помощью логики и здравого смысла. Шопенгауэр, немецкий философ, знал пределы возможностей разума, когда писал более ста лет назад: «Отсюда бесполезность логики; никто ещё никогда и никого не убедил с помощью логики; и даже сами логики используют её только лишь для получения дохода. Чтобы убедить человека, необходимо апеллировать к его интересу к себе самому, к его желаниям и его воле» (Durant, 1926). Спиноза, другой выдающийся философ, обращался к этому вопросу еще за двести лет до Шопенгауэра, когда писал о важности замещения одной сильной эмоции на другую, если необходимо добиться измене-

ния. «Страсть всегда берёт верх над рассудком. Если только мы не используем разум для того, чтобы направлять наши страсти в менее разрушительное русло. Эмоцию можно укротить только другой, противоположной или более сильной эмоцией» (Durant, 1926).

Один из способов разрешения данной дилеммы требует предоставления алкоголикам и наркоманам некоей желанной альтернативы. А это предполагает нечто большее, чем просто агитацию за жизнь без спиртного и наркотиков; это требует от них отказа от старых отношений, поведения и даже от друзей, ассоциирующихся с аддиктивным стилем жизни. Как говорят члены АА впервые вступившим в двенадцатишаговую программу, «Если не хочешь поскользнуться, не ходи туда, где скользко»; и «Если ты серьёзно хочешь выздороветь, ты должен сменить и товарищей по игре, и игровую площадку». В обоих случаях алкоголика или наркомана призывают заменить возбуждение или уход от реальности, ранее обеспечиваемые ему алкоголем и наркотиками, на товарищество участников программы. Греческий философ Эпикур постиг это две тысячи лет назад: «Мы должны не избегать удовольствий, но выбирать их. Восславь радости разума, а не ощущений. Будь осторожен с теми удовольствиями, которые возбуждают и беспокоят душу вместо того, чтобы приносить в нее мир и спокойствие». (Durant, 1926)

Работа по профилактике срывов идёт на двух уровнях. На первом, если алкоголики или наркоманы испытывают непосредственные преимущества воздержания и выздоровления, это уже само по себе является мотивацией, необходимой для удержания их от возврата к алкоголю и наркотику. Для многих, проходящих лечение впервые, это будет именно так. Для них будет таким большим облегчением обнаружить источник своего смятения, душевной боли и отчаяния, что они сразу же почувствуют облегчение, надежду и направление. Все, что останется сделать — это не стоять у них на пути и позволить им делать то, что подсказывает им их собственное интуитивное знание. Лучше понять это поможет следующий пример:

Ральф, 36-летний полизависимый наркоман и алкоголик из маленького городка на Среднем Западе, имел скандальную репутацию хулигана и парня, у которого «не все в порядке

с головой». Все усилия людей, хорошо знавших и любивших Ральфа (когда он трезвый), желавших помочь и вылечить его, не увенчались успехом. Его семья была известной и уважаемой. Семья и другие граждане, которых волновала его судьба, делали все, чтобы найти для него самых профессиональных специалистов и справиться с его сумасбродным поведением и «безумными мыслями». Посещения двух выдающихся психиатров из находящегося рядом большого города не принесли никаких результатов. В конце концов, после третьего ареста за нетрезвое вождение, Ральфа впервые принудительно направили на государственную программу для водителей, в которой особое внимание уделялось опасности выпивки за рулём. Случайно состоявшаяся в один из вечеров беседа с консультантом по алкогольной зависимости, читавшим там лекции, в итоге привела Ральфа на собрание АА. После этого собрания он начал консультироваться у консультанта по зависимостям в местном центре психического здоровья, так как, по его словам, «было что-то необычное в людях на той встрече. Они рассказывали историю моей жизни». Ральф согласился не пить, но отложил решение считать себя алкоголиком, пока не почувствует себя готовым к этому. Он продолжил консультации и посещение АА. Внезапная перемена в Ральфе не осталась незамеченной в маленьком городке. Горожане поговаривали о «чудесном исцелении», совершенном консультантом. Никто в городе не заметил связи между чудесной переменой в Ральфе и тем фактом, что он бросил пить. По их мнению, ему просто «вправили мозги». Примерно через четыре месяца консультаций, после того, как Ральф признал себя алкоголиком, он сказал консультанту: «Вы знаете, лучшее из всего, что когда-либо со мной случилось, это то, что я осознал себя алкоголиком. Я никогда не знал, что со мной было не так, хотя и был уверен, что что-то не так. Я боялся, что просто я чокнутый, и у меня нет никакой надежды. Открытие, что я алкоголик, не так страшно, как уверенность в своём сумасшествии».

Не все алкоголики и наркоманы так восторженно принимают трезвость и воздержание. Для тех, кто не испытал такого облегчения, как Ральф, выздоровление будет сопряжено с нарастаю-

щей душевной болью и дискомфортом. И это уже второй уровень профилактики срыва. С этой точки зрения, ее стратегия должна быть направлена на то, чтобы помочь алкоголикам и наркоманам держаться и не употреблять алкоголя и наркотиков, пока более стабильное эмоциональное облегчение не будет достигнуто посредством предоставляемых им инструментов, упражнений и рекомендаций, которые были успешно опробованы на других выздоравливающих алкоголиках и наркоманах. Для того, чтобы понять, как можно предотвратить срыв, и насколько полезны эти стратегии, необходимо осознать различие между двумя переменными: (1) факторы, приводящие к срыву на ранней и на поздней стадиях, и (2) вклады в срыв со стороны пациента и терапевта.

Срывы на ранней и поздней стадиях

Срыв — это наблюдаемый симптом и конкретное событие, говорящее об одной из следующих проблем: (1) возврат старой модели мышления (эгоцентризм, нарциссическая защита, предполагающая наличие неразрешенного чувства стыда, и т.д.); (2) человек не смог выполнить рекомендации программы; и (3) терапевт пренебрег обращением к важной проблеме в лечении пациента. Анализируя срыв соответствующим образом, можно понять, что из необходимого было упущено или не сделано. Анализ срыва — это не поиск оправдания. Он должен быть мотивирован желанием разобраться в том, что и почему произошло, и его цель — в том, чтобы помочь сорвавшемуся справиться со своей неспособностью оставаться трезвым и держать ее под контролем. В дальнейшем это приведет его к принятию на себя ответственности за произошедшее и обретению уверенности в том, что в будущем он будет действовать по-другому, чтобы это не повторилось вновь. Как сказал Сантаяна, «Тот, кто не ведает об ошибках истории, обречен повторить их».

Для срыва на ранней стадии обычно характерен ряд общих переменных. Со стороны пациента это, как правило:

1. Отрицание. Алкоголики и наркоманы всё ещё не сделали Первого шага и не признают своего бессилия против алкоголя и наркотиков. Иногда начинающие выздоравливать пациенты должны проверить первый шаг, чтобы раз и навсегда исключить вероятность того, что они когда-нибудь смогут выпивать «нормально» или принимать наркотики для развлечения. Возможность для них

«попробовать еще раз» говорит о необходимости начать программу с нуля, и иногда это все, что нужно, чтобы они вернулись к выздоровлению.

2. Неудача в работе по шагам программы. Многие алкоголики и наркоманы упорно держатся за иллюзию, будто всё, что они должны делать для выздоровления — это просто не употреблять наркотики или алкоголь. Те, кто так думает, скоро поймут, что выздоровление требует гораздо большего. Первый шаг программы — единственный, в котором упоминаются алкоголь и наркотики. Оставшиеся одиннадцать шагов имеют дело со стыдом, виной, честностью, альтруизмом, исправлением дефектов характера и бесстрашной моральной инвентаризацией. Все эти усилия требуются программой, а также прекрасно укладываются в рамки работы, которая может быть выполнена в группе.

3. Честность — это слишком сложно. Краеугольный камень двенадцатишаговой программы — честность. Честность, требуемая не только от других, но прежде всего от самого себя. Поскольку большинство алкоголиков и наркоманов страдают от жгучего чувства стыда, признание даже в маленьком промахе или неудаче может стать мучительным событием. Они не могут мириться ни с чем отрицательным в самих себе, и потому пойдут на все, чтобы избежать, минимизировать и отказаться от реальности ситуации, если она хотя бы в малой степени угрожает их хрупкому самолюбию. Это ведёт к самообману, достигающему огромных масштабов, иногда граничащему с бредом. Они буквально не могут видеть или признавать то, что для всех окружающих является очевидным. Именно поэтому групповой формат и собрания в двенадцатишаговой системе являются ключевыми в их лечении. Через идентификацию и принятие таких же, как и они сами, они могут вместе честно встретиться с тем, с чем они не смогли бы столкнуться в одиночку.

4. Фантазии о своей особости. Из-за необходимости прибегать к чрезмерной нарциссической защите, чтобы подавить чувства стыда и собственной никчемности, большинство алкоголиков и наркоманов становятся жертвой убеждения в том, что они не могут быть такими же, как те другие неудачники, потому что они — особенные. Смирение является противоядием от такой тенденции дистанцироваться от того, что они отказываются признать, так как это бы нанесло урон их чувству собственной ценности. Пред-

ставление в манере: «Здравствуйте, меня зовут Джо, я алкоголик» очень важно в программе АА. Эта практика, которую люди, не имеющие к программе отношения, считают вредным навешиванием ярлыков, на самом деле является постоянным напоминанием о смирении, необходимом для выздоровления.

5. Ещё не достиг дна. Активные члены АА и других двенадцатишаговых систем очень скоро поняли, что есть и такие, которым необходимо потерять всё (т.е. работу, семью, деньги, самоуважение, здоровье и т.д.), чтобы признать себя алкоголиками. Такой упрямый отказ смотреть в лицо реальности типичен для тех, кто в АА именуется «имеющими низкое (глубокое) дно» алкоголиками. И наоборот, существуют алкоголики и наркоманы «с высоким (близким) дном». По ряду причин они в большей мере способны увидеть последствия своего пьянства или употребления наркотиков без переживания тотального разорения и опустошения, через которое проходят многие участники программы. «Поднять дно алкоголика или наркомана» — смысл хорошо проведенной интервенции, в которой реалии и факты последствий пьянства и употребления наркотиков не могут отрицаться. Подобный путь научения через узнавание себя в другом является ещё одним уникальным преимуществом группы и двенадцатишаговых собраний, которое не может быть достигнуто одной только индивидуальной терапией. Алкоголикам и наркоманам не надо делать каждую ошибку самим для того, чтобы понять, что надо делать и чего надо избегать, чтобы выздороветь. Достаточно быть свидетелями этих ошибок, чтобы научиться на опыте других и не повторять их.

6. Когнитивные нарушения. Исследования наглядно демонстрируют, что алкоголики и наркоманы, особенно на ранних стадиях выздоровления, часто не располагают умственными способностями, необходимыми для того, чтобы в полной мере успешно реагировать на проводимое лечение. Максимы АА типа «чем проще, тем лучше» и «живи одним днем» обеспечивают структуру и ориентиры именно того типа, который необходим многим на ранних стадиях выздоровления. Терапия, ориентированная на инсайт, практически бесполезна на данном этапе. Вдохновение, мотивация, направление и конкретные указания, вероятно, скорее приведут к хорошим результатам для тех, кто только что протрезвел или недавно срывался. Как говорят начинающим выздоравливающим членам АА, «Когда ты по самые уши в крокодилах, не стоит вспоми-

нать о том, что твоей конечной целью было осушение болота». Во время кризиса выживание важнее понимания.

Вклад терапевта в возможность срыва

1. Неадекватное лечение

Неадекватное лечение — обычно результат или перебора, или недобора в каком-то жизненно важном для выздоровления элементе. В большинстве случаев это означает «слишком много аффекта на слишком раннем этапе». Для некоторых, наоборот, это может означать «слишком мало аффекта на слишком позднем этапе». Это может также указывать на слишком низкую мотивацию пациента или слишком большую апатию терапевта, и, как следствие, недостаточную вовлеченность в лечебный процесс. Иногда это может быть отражением чрезмерной конфронтации и недостатка поддержки. Или наоборот — слишком много поддержки и слишком мало конфронтации. В знании того, как добиться такого тонкого равновесия для каждого пациента — искусство хорошего эффективного лечения.

Иногда отказ наркомана или алкоголика от участия и контактов с товарищами по двенадцатишаговой программе может быть обусловлен как сопротивлением пациента, так и сопротивлением терапевта. Многие врачи, занимающиеся оказанием первичной медицинской помощи, терапевты и другие специалисты здравоохранения могут разглагольствовать о важности воздержания и восхвалять двенадцатишаговые программы, но очень редко их направления и рекомендации приводят алкоголика или наркомана на путь выздоровления. Последнее исследование Миллера и Хоффмана (Miller и Hoffman, 1995) выявило, что «врачи обычно не определяют и не направляют пациентов, нуждающихся в лечении, в ориентированные на воздержание программы для алкоголиков и наркоманов... Учитывая тот факт, что люди с аддиктивными проблемами непропорционально представлены в популяциях учреждений здравоохранения, получить такую статистику весьма проблематично. Предполагаемое количество алкоголиков и наркоманов в медицинской и психиатрической практике варьирует от 25% до 80%» (с.41). Эти данные совпадают с полученной ранее статистикой исследования, проведенного на базе государственных больниц в 1964 году, которое выявило, что только 3,3 % регистрируемых ежедневно пациентов были признаны алкоголиками, хотя,

по оценкам исследователей, их было около 30 процентов. (Moore and Buchanan, 1966). Более позднее исследование выявило, что из 23% случайной выборки клиентов психотерапевтов крупного столичного центра психического здоровья, признававших, что у них были аддиктивные проблемы, лишь 3,5% были некогда признаны аддиктами своими собственными терапевтами. (Cummings, 1979).

Если алкоголики или наркоманы срываются, и основным фактором, повлекшим это, является их недостаточная вовлеченность в анонимное общество, велика вероятность того, что они не получают адекватного направления в нужную двенадцатишаговую программу, если они вообще услышат о ней. Несведущие или плохо подготовленные врачи могут или просто не знать, как работает товарищество, или же иметь чрезвычайно отрицательное отношение к программе. Кроме того, несмотря на то, что собрания АА проводятся по очень схожим и порой жестким канонам, разные собрания могут существенно отличаться по многим важным параметрам. И недавно сорвавшийся алкоголик или наркоман вынужден долго искать, пока не найдет нужное собрание с нужным составом людей. Неспособность принять эту реальность, которая есть не что иное, как сопротивление, будет только увеличивать вероятность срывов в будущем. Давайте рассмотрим это на примере.

Консультант по алкогольной зависимости, взгляды которого находились под сильным влиянием модели Терапии Нового Решения Боба Гулдинга, читал лекцию в стационарном наркологическом отделении для алкоголиков и наркоманов группе недавно поступивших пациентов. Несколько ранее в этот же день он подчёркивал важность работы по преодолению сопротивления лечению и упоминал о том, какое значение придавал Гулдинг таким словам, как *пытаться, не могу и надо*, как индикаторам сопротивления и отказа от признания ответственности за свои действия. Гулдинг, будучи представителем сильной школы Трансактного анализа и придерживаясь этой теоретической ориентации, утверждал, что пассивный отказ человека изменяться часто проявляется в специфике используемого им языка. Одним из ключевых слов для Гулдинга было *пытаться*, которое означало для него то, что на самом деле пациенты не собирались добиваться этого со всей силой своей убежденности, но хотели создавать иллюзию попытки, *пробуя*. То есть, при изначальном отсутствии действительного намерения достичь цели, что неизбежно приведет к срыву, который они будут оправдывать,

крича «Видите, я *пытался*, но ничего не вышло». Для Гулдинга вы либо собираетесь действительно что-то сделать, либо нет, и третьего здесь не дано. Следующими ключевыми словами в формуле Гулдинга было *не могу*, означающее, по его мнению, *не буду*, и *надо*, что означает *хочу*. На этой лекции во второй половине дня, когда консультант был где-то в середине своих рассуждений о необходимости и важности АА для исцеления алкоголиков, его перебил один из пациентов, возразивший против этого его утверждения. Пациент (Билл) был 36-летним алкоголиком, который сорвался во второй раз, и каждый раз оказывался не способен сохранять трезвость более шести месяцев. Билл пожаловался, что АА не для него, и что это не работает. Минуты три он рассказывал о провалах и ограничениях двенадцатишаговой философии и её требования полного воздержания. Прерванный в конце концов консультантом, предложившим ему поискать для себя более подходящее собрание, Билл быстро возразил, сказав, «Я *пытался* найти другое собрание, но *не смог*, и вообще не уверен, что оно мне *нужно*.» Все, бывшие на лекции о Новом Решении и Трансактном Анализе, тотчас же узнали ключевые слова в его утверждении, так как утренняя часть лекции была ещё свежа в их памяти. На последовавшую реакцию группы Билл не смог не отреагировать признанием комичности своего положения, и он и вся группа добродушно рассмеялись, помогая ему признаться в своем сопротивлении, заменив ключевые слова на подразумеваемые, «Я не буду искать собрание АА, потому что не хочу его найти». Это утверждение более точно отразило его позицию относительно воздержания и выздоровления, и помогло ему понять, какую роль сыграло сопротивление в его срывах.

Срывы на поздних стадиях.

Факторов, способствующих срывам на ранних стадиях, довольно много. Что же касается срывов на более поздних этапах, то они в основном связаны с двумя переменными. Шансы сорваться у алкоголиков и наркоманов возрастают всякий раз, когда им становится или очень хорошо, или очень плохо. Чувство особого благополучия часто является показателем того, что вернулись старые нарциссические защиты. Грандиозность и чувство собственной исключительности способны как ржавчина разъедать смирение, контролирующее защиты алкоголиков и наркоманов. В то время, как трезвость дает им возможность упорядочить творческие силы

и энергию, ранее бывшие в подчиненном положении, они вновь начинают обнаруживать у себя способность к достижению и успеху. Для алкоголиков и наркоманов так же просто приписать весь свой успех своей уникальности, как и яростно ругать и обвинять себя за любую неудачу или ошибку. По мере того, как их достижения растут, вместе с ними растет и уязвимость к интоксикации успехом, как раньше к алкогольной и наркотической интоксикации. А от этого остается только один шаг до слишком большой занятости «важными вещами», пропуска собраний, до «Я не могу быть одним из них» или «Я нахожу эту вещь скучной». Пара успешных попыток выпить или принять наркотик под контролем, и они окончательно утверждаются в мысли о своей уникальности и исключительности. За этим неизбежно следует срыв.

А на другом конце спектра находятся выздоравливающие алкоголики и наркоманы, которые остаются трезвыми и не употребляют наркотиков, но и не ощущают никакого облегчения дисфории или преимуществ от возрастания покоя и удовлетворённости. Здесь очень важно разобраться, а делают ли эти люди действительно что-то большее для своего выздоровления, чем просто воздержание от употребления. Все ставки потеряны, если они действительно не идут по пути выздоровления; т.е. не работают над шагами, не посещают собрания, не имеют спонсора, не занимаются честным самоисследованием и активно не участвуют в группе. Однако, несмотря на честное выполнение всего, что от них требуется, многие преданные члены двенадцатишаговой программы продолжают чувствовать себя плохо. Трезвость и двенадцатишаговая система не приносят им долгосрочных преимуществ. Во многих случаях они лишаются облегчения, доставляемого им самолечением (алкоголем и наркотиками), каким бы непредсказуемым и кратким ни было это облегчение. Медленно, но верно их твердое решение больше никогда не пить и не принимать наркотиков разъедается дисфорией и непроходящим чувством несчастья, доминирующим в их существовании. В последующем они перестают заботиться о своей трезвости, потому что жизнь теряет для них какую бы то ни было значимую цель. Апатия типа «А мне наплевать» — очень опасная позиция, если ее занимает выздоравливающий наркоман или алкоголик. От «А мне наплевать» до «С таким же успехом я мог бы и пить, хуже, чем сейчас, все равно быть не может» — очень короткий путь. Чрезвычайно важно для ведущего группы улавливать такие тревожные сигналы от человека,

который делает всё, что он должен делать для собственного выздоровления, и при этом чувствует себя всё хуже и хуже. Часто в таких случаях могут быть показаны антидепрессанты или другие ненаркотические препараты, если есть уверенность, что назначающий их врач — нарколог или хорошо знаком с принципами формирования зависимостей и их лечения. Пациенты с двойным диагнозом, страдающие от других психических расстройств, часто попадают в данную категорию. Зависимости имеют тенденцию затрагивать членов семьи, и многие алкоголики и наркоманы выросли в аддиктивных семьях. Многие неразрешённые проблемы взрослых детей алкоголиков могут также усугублять их положение. Может потребоваться более интенсивная и частая дополнительная психотерапия. Поскольку все больше признается, что большой процент наркоманов и алкоголиков встречается среди мужчин и женщин, ставших жертвами сексуального насилия, во многих случаях специалисты стали рекомендовать осторожное исследование диссоциативных защит и подавленных воспоминаний. Выздоровление алкоголиков и наркоманов в вышеупомянутых случаях в действительности может быть сопряжено со множеством осложняющих факторов, объясняющих плохое самочувствие, несмотря на все их усилия. Поэтому наставления типа «составь список тех, кому ты признателен», «перестань жалеть себя», «не ной» и «если бы ты исполнял все предписания программы, ты бы так себя не чувствовал» не только бесполезны, но и разрушительны.

Профилактика срыва

В последние десять лет обеспокоенность большим процентом наркоманов и алкоголиков, срывающихся после того, как они оставляют режим, безопасность и жесткий контроль стационара, привела к разработке ряда моделей для профилактики срыва. Уже практически с момента прекращения приема аддиктами химических субстанций озабоченность возможным срывом становится постоянной и основной доминантой лечения. А после выписки из стационара и возврата к давлению, проблемам и требованиям улицы или реального мира эта озабоченность становится ещё более острой.

Модели профилактики срыва были построены так, чтобы обеспечивать простые и полезные концептуальные рамки для предоставления аддиктам амбулаторного лечения на базе абстиненции. Первоначально профилактика срывов применялась для того, что-

бы минимизировать их отрицательные последствия, и обучить навыкам, которые помогли бы наркоманам и алкоголикам избежать дальнейшего скатывания вниз, или дать ключи, с помощью которых они могли бы избежать эмоциональных и социальных факторов, ведущих к срыву. Большинство подходов к профилактике срыва являются бихевиорально-ориентированными, и построены таким образом, чтобы помочь человеку узнавать специфические ситуации или условия, которые с наибольшей вероятностью вызовут условную реакцию, способствующую приему алкоголя или наркотика. Эти стратегии могут быть чрезвычайно полезными и легко интегрируемыми в более психодинамический групповой подход, подобный моделям Ялома, Ормонта или Кохута.

Роусон (Rawson и др., 1993) дает прекрасный обзор методик профилактики срывов. Он ссылается на ряд авторов и исследователей, разработавших различные модели лечения и применяющих профилактику срыва в качестве основной философии и методологии своих подходов. Другие описанные методы предлагают клинические рекомендации для профилактики срыва при всех типах химической зависимости (т.е. алкоголь, марихуана, кокаин, героин, опиаты). Авторы описывают работы ряда исследователей, которые создали специальный протокол для каждого наркотика, для оценки данного подхода при лечении специфических групп наркоманов. Также приводится обзор техник, которые можно легко интегрировать в амбулаторные модели терапии.

Структурированная групповая терапия.

Обзор моделей профилактики срыва Роусона и др. (1993) особенно полезен потому, что в последние несколько лет финансовые ограничения, возросшая стоимость медицинского обслуживания и попытки страховых провайдеров сократить затраты оказали глубокое влияние на лечение зависимостей. Четырёх — шести недельная госпитализация больше не является стандартной формой лечения. Всё чаще лечение предлагается в виде дневного стационара и амбулаторных программ. Комплексные программы, применявшиеся обычно в условиях стационара на базе наркологических отделений больниц, сейчас адаптированы для амбулаторного лечения. Групповая терапия остаётся ключевым компонентом в этом адаптированном варианте, и большая часть того, что ранее применялось в больницах, теперь используется в структуре амбулаторных программ.

Несмотря на резкую перемену терапевтического климата, понимание специфических требований, предъявляемых стационарной формой лечения к групповой терапии, все еще остаётся важным. Будь то группа, проводимая в условиях закрытого отделения стационара, или часть дневной программы за его пределами, институциональные условия ее проведения будут в любом случае оказывать существенное влияние на то, с чем ведущему придётся столкнуться в процессе групповой терапии.

Многие из трудностей и препятствий, которые придётся преодолевать ведущему группы, как части структурированной терапевтической программы, будут теми же, что и трудности, исторически возникавшие в условиях клиники, где групповая терапия была частью стационарной программы лечения. Ялом написал превосходную книгу по стационарной групповой психотерапии, в которой исследовал специальные методы адаптации, необходимые для его модели групповой терапии, когда ведущий должен вести группу в «институциональной обстановке». В отличие от стационарных психиатрических отделений, которые, по мнению Ялома, менее чувствительны и восприимчивы к мощному и проверенному воздействию групповой психотерапии, в отделениях по лечению алкогольной и наркотической зависимости (A&D) она исторически принималась тепло и с энтузиазмом, как ключевая и неотъемлемая часть лечения наркоманов и алкоголиков. Но и несмотря на такое положительное восприятие групповой психотерапии, её применение в структурированной лечебной программе имеет ряд весьма существенных сложностей для ведущего группы. Рекомендации Ялома приобретают особенно важное значение при осмыслении и обобщении их для применения во всех формах работы в больничных условиях.

Как указывает Ялом, цели, структура и методы применения групповой терапии в условиях стационара не всегда последовательны и чётко определены. Это одинаково справедливо как для A&D, так и для стационарных психиатрических групп. Неразбериха, существующая вокруг применения групповой терапии, является одной из причин непризнания ее эффективности многими руководителями медицинских учреждений. Современные формы групповой терапии, разработанные на базе адаптированных теоретических моделей, заимствованных из практики амбулаторной работы с непсихотическими пациентами, обычно не применимы

к популяции стационара. Стационарная групповая психотерапия (как с психиатрическими, так и с зависимыми пациентами) требует, чтобы специальные условия, сопутствующие стационарному лечению, были оценены и приняты во внимание ещё до того, как ведущий непосредственно приступит к непростым задачам лечения. Ялом предлагает некоторые необходимые рекомендации, которые следует учесть для успешной стационарной групповой психотерапии. Они будут рассмотрены несколько ниже в этой главе. Прежде всего, необходимо будет оценить специальные параметры и обстоятельства, в которые попадают вновь поступившие в больницу наркоманы и алкоголики, так как именно они определяют пределы применимости групповой терапии для данной категории больных.

Несмотря на до сих пор продолжающиеся жаркие дискуссии по поводу обоснованности и значения концепции болезни, ведущие групп пытаются дать определение болезни и структурировать её лечение в формате групповой терапии. Для разработки эффективной модели стационарной групповой терапии необходим поэтапный подход, определяющий преобладание тех или иных проблем и необходимость тех или иных дополнительных терапевтических мероприятий в зависимости от этапа лечения. Обычно не все поступающие на лечение алкоголики и наркоманы нуждаются в детоксикации, тем не менее, это общепринятый первый шаг при госпитализации. Дискуссия вокруг того, какие критерии надо использовать для определения необходимости проведения медицинской детоксикации, не входит в круг целей данной книги. Поэтому достаточно будет заметить, что больные, требующие детоксикации, должны быть исключены из групповой терапии до тех пор, пока они не будут стабильны с медицинской точки зрения. Знакомство с этой темой и понимание симптомов прогрессирующего абстинентного синдрома должно быть обязательным для ведущего группы на всех этапах лечения алкогольной и наркотической зависимости.

Рекомендации Ялома для стационарных групп

Существует ряд трудностей, с которыми сталкиваются ведущие групп. Они должны бороться не только с сопротивлением и нарушенными когнитивными способностями пациента, но также и с трудностями, характерными для особых условий любого стационара. Как пишет Ялом, «для эффективного руководства группой требуется ряд специальных навыков. Тренинги по индивидуаль-

ной и амбулаторной групповой психотерапии не являются достаточной клинической подготовкой для группового терапевта стационара. Палата неотложной медицинской помощи представляет собой радикально специфические условия, требующие соответствующих радикальных изменений в технике групповой терапии» (1983, с.36). Методы работы и задачи группового терапевта, приведённые в Главах 4 и 5, необходимо изменить так, чтобы они удовлетворяли требованиям стационара.

Ялом (1983) приводит различные факторы, которые будут препятствовать попыткам ведущего проводить эффективную групповую терапию:

1. Значительный оборот пациентов. Средний срок пребывания длится от 4 до 6 недель. Некоторые пациенты находятся в стационаре всего лишь несколько дней. Почти на каждой группе появляется новый пациент.
2. Некоторые пациенты посещают группу всего один-два раза. Нет времени работать над завершением. Поскольку на каждом занятии кто-то завершает терапию, сосредоточение на этом поглощало бы все время группы.
3. Большая гетерогенность психопатологии: пациенты с неврозами, характерологическими отклонениями, химическими зависимостями, подростковыми проблемами, серьезными эмоциональными расстройствами, нервной анорексией, а иногда и с психозами — все эти категории могут присутствовать на одном занятии.
4. Все пациенты находятся в состоянии острого дискомфорта, они больше стремятся выйти из абстинентного синдрома или острого отчаяния, чем прийти к личностному росту и самопониманию. Как только пациент минует острый кризис, он часто больше всего хочет скорейшей выписки.
5. Присутствие в группе большого числа немотивированных пациентов: они могут быть психологически очень простыми и наивными, они могут не желать оставаться в стационаре, не соглашаться, что нуждаются в терапии, часто они не платят за лечение и не любопытны самим себе.
6. У терапевта нет времени на подготовку или скрининг пациентов.
7. Часто терапевт не контролирует состав группы.
8. Нет постоянства ведущего. Многие из них работают посменно и обычно не могут присутствовать на каждом занятии группы.
9. Пациенты видят своего терапевта в разных ролях в течении дня.

10. Групповая терапия — лишь один из видов лечения, в которых участвует пациент; некоторые из этих других видов лечения он проходит с другими пациентами из своей группы, часто их проводит тот же терапевт, что и ведущий группу.
11. Часто практически нет смысла в сплочении группы, недостаточно времени для того, чтобы участники научились заботиться и доверять друг другу.
12. Нет времени для постепенного понимания тонких межличностных паттернов или для их «проработки», нет возможности сосредоточиться на переносе того, чему научились здесь, на ситуацию дома (с. 50-51).

Учитывая эти трудности, ведущему группы придется приспособиться к тому, чтобы работать в стационаре. Самой важной задачей для него будет постановка адекватных и реалистичных целей, которых можно достигнуть в рамках ситуации, времени и состава отделения. Отсутствие поставленных целей приведёт терапевта, членов группы и группу в целом к бесцельному барахтанию. Если цели нереальны или чрезмерно амбициозны, это будет вести к постоянному нарастанию разочарования ведущих и, в конце концов, приведет к тому, что они признают себя или групповую терапию безнадежно неэффективными. Постановка целей всегда предполагает два разных, но параллельных процесса. Ясные цели должны быть выработаны с каждым членом группы с учетом срока его трезвости и владения межличностными инструментами, необходимыми для обеспечения выздоровления. Подразумеваемые цели, основанные на оценке ведущим потребностей конкретного индивида в отношении группового процесса, также должны контролироваться ведущим. Он или она должны четко понимать, кого из членов группы необходимо поддержать, кого из них конфронтировать, кого ободрить, а кого оставить в покое на время сессии.

Данная ситуация осложняется тем, что цели групповой терапии не всегда идентичны целям клиники или лечебного учреждения. К сожалению, руководители медицинских учреждений и реабилитационных программ не всегда поддерживают групповую психотерапию. Они не способны оценить ее потенциал как мощного инструмента выздоровления больных. В некоторых случаях наркологическое отделение может быть настолько жестко замкнуто на АА и концепцию болезни, что они будут считать все формы психотерапии противопоказанными для лечения алкоголиков

и наркоманов. Естественно, что групповая терапия, проводимая как слишком усердными ведущими, провокативными и способствующими слишком сильной регрессии слишком рано, так и ведущими, которые не в состоянии адекватно понять концепцию болезни, и, как следствие, недооценивают важность оценки уровня когнитивной отсталости и необходимости воздержания до того, как станет возможным интроспективное самопонимание, могут иметь вредное влияние на вновь поступившего пациента. Вот почему цели ведущего должны быть реалистичными и созвучными целям лечебного учреждения. Если группа проводится в соответствии с предписанной процедурой, тщательно учитывающей особые обстоятельства поступившего пациента, тогда терапевтическая группа не будет противоречить АА и концепции болезни. Группа может быть направлена на решение тех проблем лечения пациента, которые упускают АА и концепция болезни.

Концепция болезни и АА намного эффективнее в том, чтобы помочь пациенту достичь трезвости и поддерживать ее. Поскольку это первый и самый важный шаг пациента на пути к выздоровлению, этой цели и должно отдать приоритет. Групповая терапия, если она способствует слишком большой тревоге или интроспекции, или поощряет веру в то, что контролируемое потребление алкоголя или наркотика возможно, будет только мешать процессу выздоровления. Групповая психотерапия наиболее эффективна, если достигает двух целей. Во-первых, помогая членам группы избегать стресса и справляться с ним, она играет жизненно важную роль в снижении вероятности срыва. Во-вторых, и это самое важное, согласно Ялomu, первостепенная цель стационарной терапевтической группы состоит в том, чтобы вовлечь пациента в процесс терапии. Это двойной терапевтический процесс, который Ялом называет горизонтальным (многоаспектная лечебная программа в стационаре, включающая групповую терапию, лекции, собрания АА и т.д.) и продольным (пост-стационарный лечебный курс, включающий группы реабилитации, собрания АА и т.д.).

Горизонтальный процесс

Групповая терапия на начальных стадиях лечения наркоманов и алкоголиков наиболее эффективна, благодаря своей способности успешно бороться с чувством изоляции, стыда и ненависти к самим себе. Через идентификацию с другими членами группы ад-

дикты узнают, что они не одиноки в своём несчастье и не уникальны в своей склонности к самоотравлению и к поведению, грубому и неуважительному по отношению как к самим себе, так и к другим. Универсальность как целительный процесс позволяет наркоманам и алкоголикам узнать, что они имеют общность и связь с другими — теми, с кем они идентифицируются. Тесная связь и доверие к другим членам группы, понимающим и принимающим их недостатки, приводит к выходу из изоляции и отчуждения — двух глубоко укоренившихся состояний, которые в большой степени способствовали употреблению ими алкоголя и наркотиков. Концепция болезни помещает их трудности в ограниченные, управляемые рамки, облегчая их чувство вины и поднимая самоуважение. От одного до двух месяцев структурированного воздержания позволяет им очиститься когнитивно, эмоционально и физически. Часто впервые за многие годы алкоголики и наркоманы обретают надежду и приходят к пониманию своего состояния и направления, в котором необходимо прилагать усилия.

Продольный процесс

Насколько бы важным ни был горизонтальный процесс для выздоровления алкоголиков и наркоманов, их госпитализация и стационарное лечение будут эффективны лишь в сочетании с продолжительной реабилитацией. Амбулаторная групповая терапия и постоянное посещение собраний АА являются двумя важными составляющими продольного процесса. Поэтому одна из самых важных целей стационарной групповой терапии — адекватное, комфортное и эффективное введение в групповую терапию как таковую. Подобный опыт увеличивает вероятность того, что стационарный пациент будет участвовать в реабилитационной группе. Если наркоманы и алкоголики усвоят, что разговоры помогают, и группу можно использовать для определения своих важных проблемных зон, постоянная реабилитационная или амбулаторная группа будет для них гораздо более привлекательной.

Состав стационарных групп

Ялом различает две базовые стратегии комплектации стационарных терапевтических групп: командный подход и уровневый подход. При командном подходе пациенты назначаются в разные группы произвольно, обычно в порядке их поступления в стаци-

онар. Уровневый подход требует, чтобы пациенты распределялись в группы в соответствии с уровнем функционирования. Более серьёзно больные будут помещены в одну группу, а пациенты с более высоким уровнем функционирования — в другую. Оба подхода имеют как положительные, так и отрицательные последствия. Чтобы получить преимущества от обоих подходов, Ялом советует проводить командную группу каждый день, а уровневую — через день. Поскольку рекомендации Ялома касаются исключительно психиатрических больных, они должны быть модифицированы, прежде чем смогут быть обобщены для применения к пациентам-аддиктам. Поскольку большинство наркоманов и алкоголиков имеют одинаковый уровень эго-функционирования, рекомендации Ялома не вполне уместны для данного контингента. В редких случаях в отделение поступают пациенты с гораздо более серьёзными психическими проблемами, и их симптомы, несколько приглушенные употреблением наркотиков или алкоголя, становятся очевидными при воздержании. Для таких пациентов может быть необходим перевод в психиатрические отделения. Большинство химически зависимых пациентов будут в состоянии войти в группу одного уровня, и обычно редко возникает необходимость в группах более низкого или более высокого уровней.

Брикс (Brix, 1983) предлагает свой вариант этого двухэтапного формата для стационарных химически зависимых пациентов, который перекликается с предложениями Ялома. Его рекомендации относятся к формату, требующему двухступенчатого опыта. Первая стадия — это группа активного лидера. Вторая стадия ставит во главу угла то, что Брикс называет «группо-центрированный подход». Он пишет:

«Когда самые серьёзные последствия интоксикации будут сняты до такой степени, что пациент будет уже достаточно понятливым и внимательным, он будет введен в нашу так называемую группу «А», которая собирается 5 дней в неделю на 45-минутные сессии. Моя цель в данной группе — сориентировать пациента на комплексную программу лечения и, в особенности, помочь ему начать осознавать, что значит быть членом терапевтической группы безотносительно к теме группы или ее формату. Из-за значительной неровности когнитивного функционирования пациентов на этой стадии лечения, я очень гибок в своём подходе — иногда серьёз-

ном, иногда эксцентричном, но обычно достаточно активном. По прошествии 7-10 дней большинство наших пациентов переводятся в более группо-центрированную «группу В». Этот переход представляется практически всем нашим пациентам символом статуса, а персоналу — знаком их прогресса». (1983, с.254-255)

Брикс считает, что для того, чтобы стационарный пациент мог успешно участвовать в группо-центрированной группе, он должен быть в состоянии справляться с фрустрацией и тревогой, порождаемыми подобным форматом. Он пишет:

«Формат психотерапевтических групп возникает как следствие убеждения в том, что (1) группо-центрированный групповой опыт, даже если и очень непродолжительный, не менее, а возможно, и более ценен, чем любой иной групповой опыт, возможный для многих алкоголиков; и (2) польза для пациентов существеннее, если они сначала были подготовлены участием в группе активного лидера» (с. 254).

После пребывания этих пациентов в течение 7-10 дней в группе «А», Брикс переводит их в группо-центрированную группу «В». О своем переводе они уведомляются днем раньше следующим письменным сообщением:

«До конца вашего лечения вы будете участвовать в психотерапевтической группе «В». Формат группы «В» предполагает то обстоятельство, что вы хотите лучше понять себя и свои чувства. Для членов группы не является необычным временами испытывать тревогу и сомнение, когда на какое-то время их обуревают сильные чувства. Все это является частью терапевтического процесса в группе. Для того, чтобы извлечь из этого максимум пользы для себя, единственное, что вы должны сделать, это честно и откровенно высказать все, что вы думаете и чувствуете по отношению к группе и вашим товарищам по группе. Вас просят быть готовыми к тому, чтобы оставаться в группе в течение 1-1,5-часовой сессии без перерыва» (Brix, 1983, с. 255).

Подобный формат, с акцентом на подготовительных инструкциях для вступления в групповую терапию, выполняет для ведущих две важные задачи. Он позволяет подготовить людей к участию в психотерапевтических группах и обеспечивает необхо-

димую структуру для их ведения. И хотя соображения Брикса по поводу формата группы «В» остаются спорными, в связи с ее недостаточной структурированностью для впервые поступающих на лечение алкоголиков и наркоманов, его обоснование перехода из группы «А» в группу «В» заслуживает серьезного рассмотрения, как представляющее ряд преимуществ для лечения. Брикс приводит следующие достоинства формата группы «В»:

«На мой взгляд, существует как минимум четыре неоспоримых обстоятельства, по которым группо-центрированная групповая терапия должна быть включена в программу лечения алкоголизма. (1) этот формат имеет тенденцию предохранять от чрезмерного использования терапевтом конфронтации, (2) уменьшается опасность того, что интервенции терапевта будут основаны на контрпереносе, (3) несколько увеличивается вероятность того, что будет иметь место терапевтическое использование явлений переноса, и (4) большая вероятность того, что пациенты станут оказывать лечебный эффект друг на друга». (1983, с. 256)

Из-за недостаточной продолжительности, большой текучести состава и других трудностей, на которые указывает Ялом, существует достаточно много возражений против «группо-центрированного» формата Брикса, по крайней мере, в том виде, в котором он его преподносит (1983). А вот его предложения по поводу двухуровневого подхода и способа осуществления перехода из группы «А» в группу «В» действительно высоко эффективны. Если бы ведущий группы следовал его рекомендациям, то формат группы «В» был бы более полезным при условии интеграции в него стратегий Ялома.

Стратегии и техники лидерства Ялома

Эффективное руководство стационарной психотерапевтической группой в соответствии с рекомендациями Ялома требует от ведущего большой активности и обеспечения структуры для группы. Как говорит Ялом, «Групповая психотерапия в стационаре — не место для пассивного, вялого терапевта. Не место это и для недирективного лидера!» (1983, с.107). Быстрый оборот популяции больных и краткое время их пребывания в больнице мешает ведущему работать в стиле более пассивного и менее структуриро-

ванного руководства. Поэтому ведущий группы должен думать о жизни группы, как длящейся всего одну сессию. Это реализуется в позицию, исходя из которой ведущий должен выполнить как можно больше групповой работы для максимально возможного количества пациентов в рамках одной группы. Чтобы добиться этого, необходим активный и директивный лидер.

Для ведущего группы в отделении стационара существуют следующие четыре основные задачи:

1. Ведущий группы должен быть активным и эффективным, он не должен позволять группе тратить время зря.
2. Ведущий должен обеспечить безопасность как основной приоритет в группе.
3. Для стационарных групп необходимы поддерживающие лидеры.
4. Ведущий должен быть директивным и обеспечивать структуру.

1. Ведущий группы должен быть активным и эффективным.

Внутренний хаос, присущий личностям, попадающим в группу, требует, чтобы ведущий задал внешнюю структуру, в качестве первого шага для развития чувства внутреннего контроля. Пациенты стационара предпочитают и лучше всего реагируют на ведущего, который:

- А. Гарантирует равное распределение времени внутри группы. Ничто так не разрушительно для группы, как позволение одним членам группы страдать от повторяющихся, многословных жалоб другого.
- Б. Активно вовлекает членов группы, приглашая каждого участвовать и взаимодействовать.
- В. Постоянно заостряет внимание группы на важных и подходящих темах.
- Г. Не позволяет пустой болтовне отвлекать группу от работы.
- Д. Даёт ясные инструкции во время групповых сессий.

2. Безопасность как приоритет стационарной группы

Ведущий должен создать конструктивную, тёплую атмосферу безопасности и доверия. Участники должны чувствовать, что группа — это место, где они будут услышаны, приняты и поняты. Стационарная групповая терапия — не место для разрушительных конфронтаций, критики или эскалации злости. Это не значит, что ведущий должен притворяться, будто злости не существует. Но

вместо того, чтобы стимулировать ее или поощрять ее выражение, он должен стремиться к немедленному разрешению конфликта. Большинство химически зависимых пациентов практически не имеют опыта разрешения конфликтов или неконструктивного выражения гнева. Опыт того, что конфликт может быть разрешен конструктивно, без физических увечий и вреда, может быть чрезвычайно терапевтичным для многих пациентов. Часто поощрение обсуждения незначительных неприятностей до того, как они выльются в яростную тираду, может быть очень важным для этого процесса обучения. Если злоба вспыхнула между двумя участниками, вместо того, чтобы позволить им выплеснуть ее друг на друга, лучше подвести их к тому, чтобы они направили ее на проблему, режим или даже на самого ведущего.

3. Поддерживающие стратегии ведущего стационарной группы

Поддержка в группе — это не просто хорошие и дружественные отношения. Ведущий должен уравнивать свою поддержку твердостью и предсказуемостью. Четко объясняйте, чего вы ожидаете от группы и ее членов. Последовательно объясняйте им причины ваших действий. Постоянная, логически последовательная процедура ведения группы способна совершать чудеса, обеспечивая членам группы поддержку, которая необходима им для того, чтобы откровенно поделиться с группой своими проблемами. Для установления такого типа взаимодействия ведущий должен выполнить следующее:

- А. Признавать с благодарностью вклад каждого человека в группу. Участники реагируют положительно на терапевта, которому они нравятся, который их ценит, отмечает и подкрепляет их позитивные характеристики.
- Б. Серьезно воспринимать каждого члена группы. Не обесценивайте и не минимизируйте их усилия.
- В. Не поощрять пораженческое поведение. Многие члены группы очень чувствительны к поведению других, но, в то же время, они могут быть нечувствительными к своему собственному. Они могут постоянно отвращать от себя и отпугивать других членов группы, не понимая при этом, как или почему они это делают. Иногда могут потребоваться огромные усилия со стороны ведущего, чтобы обнаружить позитивные аспекты поведения многих пациентов.

- Г. Помогать одним пациентам понимать причины поведения других. Как отмечает Ялом, «Понять — значит простить». Группа скорее примет раздражающее поведение кого-то из своих членов, если она поймет его причины.
- Д. Выявлять ценность членов группы друг для друга и делать на этом акцент. Поскольку большинство алкоголиков и наркоманов страдают от всеобщего порицания и недовольства, понимание того, что они важны для других членов группы, может быть особенно терапевтичным для них. Это, фактически, один из важнейших аспектов двенадцатишаговой программы АА (см. Гл. 8).
- Е. Не нападать на пациента и не оказывать поддержку одному члену группы за счет другого. Каждый должен знать, что группа — это безопасное для него место. И если все-таки конфронтация возникает, исходит ли она от члена группы или её ведущего, она должна быть не деструктивной, а направленной в соответствии с указаниями, приведёнными в Главе 9.
- Ж. Предоставить члену группы самому решать, до какой степени открытым и честным он может быть в группе. Одна из причин того, что многие участники не склонны в ней открываться, состоит в том, что они боятся зайти дальше и выразить и открыть большую, чем они намеревались, часть себя. Каждый должен знать, что он сам может устанавливать ограничения для обсуждения своих чувств в группе. Исключение составляет лишь аддиктивное поведение (см. Главу 8). Очень важно, чтобы алкоголики и наркоманы открыто обсуждали свои чувства, связанные с употреблением алкоголя и наркотиков. Следовательно, все техники, противоречащие этому требованию, должны использоваться очень ограниченно.
- З. Обращаться с каждым членом группы уважительно и учитывать его достоинство. Не интерпретируйте и не выставляйте на всеобщее обозрение их невербальное поведение или конфликты, даже ради их пользы. Только если это поведение напрямую связано с употреблением наркотиков или алкоголя, необходимо открыто его обсуждать вопреки их желанию.

Обеспечение направления и структуры группы

Ясная, структурированная обстановка является очень важной. Лучше всего сесть в круг, без стола, в закрытой комнате, и исключить нежелательные вторжения. Начало без проволочек и своев-

ременное окончание работы обеспечивает членам группы четкий режим. Режим отделения, запрещающий прерывать группу и требующий ее обязательного посещения, внушает дополнительное ощущение важности терапевтической обстановки.

Для обеспечения необходимой степени структурированности стационарной группы Ялом предлагает работать по представленному им плану (см. таблицу 10.3.). По его мнению, разработка и принятие рабочего контракта с каждым членом группы жизненно важно для эффективности стационарной группы. Если это невозможно, сессия рискует дегенерировать до бесцельной, бессвязной беседы.

Таблица 10.3. Базовая программа для стационарных групп Ялома

1. Ориентация и подготовка	2-3 мин.
(Ведущий группы представляется и напоминает участникам о цели, продолжительности и времени встречи. Если есть новые члены, наблюдатели или новый ко-терапевт, он представляет их группе.)	
2. Выработка личных планов	10-20 мин.
(Каждый участник формулирует собственный план на групповую сессию.)	
3. Работа над планами	60-80 мин.
(Ведущий пытается выполнить столько планов, сколько может за время занятия.)	
4. Подведение итогов, комментарии и закрытие группы	2-3 мин.

Занятия в соответствии с личным планом

Ялом не единственный, кто описал занятия в соответствии с личным планом. Роберт и Мери Гулдинг, к примеру, исходя из перспектив трансактного анализа (ТА), используют в терапевтических группах Терапию Нового Решения. (Goulding & Goulding, 1979). Гулдинги требуют контракта от каждого участника до начала какой бы то ни было работы группы. В своих одно-, двух- и четырёхнедельных тренинговых группах они посвящают первую часть работе по составлению контракта. От участников требуется решить, что конкретно они хотели бы изменить в себе сегодня с помощью группы. Вы не сможете войти в группу Гулдингов, не имея «контракта».

Члены группы очень скоро понимают, что эти «контракты» должны быть предельно ясными. Если человек заявляет, что он хотел бы «попытаться» измениться, Боб Гулдинг достаёт из-под сту-

да свой знаменитый «колокольчик попыток» и начинает звенеть в него. Для Гулдингов вы или хотите, или не хотите измениться, иного не дано. Такая позиция предупреждает появление в группе тех, кого Ялом называет «кинозрителями». Люди не приходят в группу Гулдингов для того, чтобы посмотреть, какое сегодня будет кино.

И хотя требования Ялома не столь строги, он добивается тех же результатов. Во-первых, занятия по плану обеспечивают структуру, но эта структура не слишком жёсткая. В конечном итоге, ведущий не стремится к созданию лидер-ориентированной группы. Его цель — свободная интерактивная группа. Слишком жёсткая структура будет мешать свободному общению и способствовать развитию у участников зависимости от указаний и руководства ведущего. Слишком слабая структура приводит к регрессии и потере ценного времени, поскольку участники бесцельно бродят вокруг да около, пытаясь найти какое-то общее направление для движения группы. Во-вторых, занятия по плану обеспечивают контакт с каждым членом группы, каким бы он ни был кратким и опосредованным, который позволяет ведущему группы хотя бы «считать» эмоциональное состояние каждого участника в начале занятия. В-третьих, использование ведущим структурированного открытия группы даёт присутствующим ясно понять, что активное участие ожидается от каждого из них. Если кто-то из них сессию за сессией приходит без плана, ведущий должен обратить на него особое внимание и понять причины такого поведения.

Членов группы необходимо учить правильно использовать план занятий. Основная задача ведущего — помочь каждому сформулировать реалистичный план. Его структура может быть очень свободной или очень специфичной. Ялом предлагает, чтобы в этих планах люди идентифицировали какие-то свои личностные аспекты, над которыми они могли бы реально поработать в течение одного занятия. Кроме того, Ялом считает, что планы, чтобы быть максимально эффективными, должны концентрироваться на темах межличностного общения, с тем, чтобы над ними можно было работать здесь и сейчас в процессе группы. И все-таки ведущий вовсе не обязан придерживаться такого жёсткого формата, а эта рекомендация Ялома всего лишь отражает его убеждение в том, что работа группы должна происходить в «здесь и сейчас». При работе с алкоголиками и наркоманами «там и тогда» может быть не менее важным и иметь такое же значение для выздоровле-

ния, как и «здесь и сейчас». Поэтому, хотя и рекомендуется, чтобы ведущий группы структурировал свои занятия по плану, следуя рекомендациям Ялома, он, тем не менее, должен знать, что алкоголики или наркоманы, только прошедшие детоксикацию, способны на чуть большее, чем простое выполнение инструкций. Лучше всего не требовать от них приходить со слишком сложными схемами или планами. В духе мудрости АА, «предельная простота» может быть для них самым правильным, пока у них не будет больше времени для стабилизации. Например, ведущий может начать занятие со следующей установки:

«Время приступить к сегодняшнему занятию. Я бы хотел начать с ваших планов. Пусть каждый из вас представится, скажет несколько слов о том, как он себя чувствует, и о том, что бы хотелось обсудить на сегодняшней сессии. Кто начнёт?»

И здесь будет лучше, если ведущий не станет вызывать кого-то или руководить порядком высказываний каждого, а просто умолкнет. Этой начальной установкой ведущий уже обеспечил достаточно структуры для начала группы, и было бы проявлением излишнего контроля с его стороны, если бы он принялся руководить очерёдность высказываний участников. Обычно члены группы на этом этапе уже следуют указанному направлению. При открытии подобным структурированным образом группа очень редко остаётся сидеть молча в течение длительного времени. Если молчание продолжается более пяти минут, ведущий должен постараться удержаться от «назначения» кого-то первым. Лучше всего будет прокомментировать затруднения группы и удивиться вслух, почему никто не хочет начать.

Этот пример показывает, что начальная установка ведущего может быть краткой и простой. Если в этот день на занятии присутствуют новые члены, или же это самое первое групповое занятие, ведущий может объяснить цель обсуждения планов более подробно. Например, ведущий может дополнить начальные установки следующим:

«Вы можете выбирать любые темы для занятий без ограничений. Вы можете пожелать специально поработать над каким-то способом поведения, который вы бы хотели изменить, или же захотите рассказать группе более подробно о том, как вы себя чувствуете. Иногда некоторые члены группы нуждаются-

ся в обратной связи от других участников. В других случаях, у кого-то, возможно, осталось что-то с предыдущего занятия, к чему хотелось бы вернуться».

Формулирование планов может быть достаточно сложным для многих пациентов. Одной из опасностей нечёткого плана является то, что сама психотерапевтическая группа может стать нечёткой или превратится в квази-АА собрание. Это говорит не о том, что собрания АА сами по себе плохие, а о том, что психотерапевтические группы имеют другие цели, и что задача ведущего состоит в том, чтобы цель группы была достигнута. Именно поэтому ведущий должен помочь участникам сформулировать их планы. В каком-то смысле, его работа состоит в обучении членов группы оперированию специальными терминами, если им предстоит воспользоваться групповой терапией. Члены группы должны понять, что группа — это уникальная форма лечения, преследующая цели, отличные от целей АА, образовательных лекций и дискуссионных групп. Это особенно важно потому, что пациенты начинают стабилизироваться, и их мыслительный процесс проясняется настолько, что они могут соответствовать критериям Ялома для выработки реалистичных и реализуемых планов.

Именно об этом следующее утверждение Ялома:

«Формулирование плана — это вовсе не пассивное, автоматическое занятие. Пациентам нелегко справиться с ним, и терапевт должен приложить значительные усилия для того, чтобы помочь им в этом».

Прежде всего, подавляющее большинство пациентов затрудняются отчётливо понять, *чего именно* хочет терапевт, и *почему*. Задача должна быть объяснена пациентам просто и ясно. Терапевт должен дать примеры возможных планов и помочь каждому оформить его или её собственный. Он также должен объяснить пациентам, *почему* ему необходим этот план, указав на преимущества данного формата.

Создание плана требует трёх шагов, и терапевт должен сопровождать большинство пациентов, особенно на их первой встрече, в течение всех этих трёх шагов:

1. Пациент должен определить, какие именно аспекты себя он хотел бы изменить. Более того, задача должна быть реалистичной; это значит, что данный аспект должен в принципе подда-

ваться изменению и соответствовать возможностям групповой терапии.

2. Пациент должен попытаться оформить свою жалобу в терминах межличностных отношений.
3. Пациент должен трансформировать свою жалобу из области межличностных отношений вообще в вариант для здесь и сейчас.

Обычно большинство проблем в работе над личными планами связано с тенденцией формулировать свои планы нечётко и слишком обобщённо. Например, участник может преподнести свой план следующим образом: «Я подавлен, и я хочу перестать быть подавленным». По словам Ялома, это бессмысленный план, так как данная задача не может быть выполнена в течение одной встречи. Гулдинги, в их работе над контрактом, предлагают члену группы начать с маленьких специфичных изменений поведения, которые могут быть достигнуты. Они рекомендуют двигаться вверх постепенно, от маленького успеха к более сложным задачам, после того, как члены группы начнут восстанавливать свою уверенность в способности к изменениям. Принятие контракта типа «Я хочу быть счастливым всегда» само по себе ведет к провалу, и является западнёй как для ведущего группы, так и для её члена. В качестве ответа тому участнику, который хочет избавиться от чувства подавленности, ведущий может сказать следующее:

«Послушай, Джим, я понимаю, насколько важно для тебя избавиться от депрессии, которая всегда была столь болезненной и непереносимой для тебя. Однако, я не уверен в том, что это реально для тебя. Ты был подавлен годами, и я сомневаюсь, что это возможно изменить в течение одного сеанса. Как ты отмечал раньше, ты можешь быть очень нетерпеливым, и я боюсь, что это один из примеров того, как ты ожидаешь слишком многого в очень короткие сроки. Одна из причин твоей подавленности — изоляция. Ты жалуешься на то, что у тебя нет друзей, и на то, что чувство одиночества заставляет тебя пить и чувствовать подавленность. Готов ли ты понять, как ты изолируешь самого себя здесь, в группе? Что в тебе такого, что мешает тебе общаться с другими даже здесь? Я бы предложил тебе исследовать данную проблему в группе для того, чтобы разобраться, какой вклад это вносит в твоё ощущение подавленности».

В данном примере ведущий переключает члена группы с общего на частное. Он мягок, но настойчив в стремлении заставить его сформулировать свой план таким образом, чтобы он вписывался в рамки межличностных отношений «здесь и сейчас».

Пример хорошего ясного плана звучит примерно так:

Я одинок. Я хочу изменить это.

Я хочу общаться с другими.

Я хочу узнать, как другие воспринимают меня.

Мне нелегко довериться кому-либо. Я хочу изменить это.

Сложности в работе над личными планами.

Каждый из вышеприведённых примеров хорошо и ясно составленных планов можно легко превратить в межличностную работу здесь и сейчас. К сожалению, далеко не все члены группы столь кратко и быстро формулируют свои планы в такой хорошей и чёткой форме. Самая большая трудность, которую испытывают начинающие терапевты при работе над личными планами, состоит в их неспособности провести ее за десять-пятнадцать минут. Каждый план, если он хорошо сформулирован, не должен отнимать более одной — двух минут. Часто даже не сознавая, как это случилось, ведущие спохватываются, что целое занятие ушло только на обсуждение плана, или, ещё хуже, на обсуждение планов только половины группы. Иногда, если член группы с самого начала начинает слишком эмоционально обсуждать свой план, ведущему группы может оказаться сложно остановить его, из страха прервать или подавить откровенность и попытку человека поделиться своими чувствами. Ведущий никогда не должен позволять себе быть связанным какой бы то ни было техникой, и все-таки большинство участников нормально реагирует на мягкое прерывание. Например, ведущий может сказать:

«Это очевидно, Мери, что данная тема очень важна и болезненна для тебя. Но я бы хотел, чтобы ты пока остановилась, чтобы обсудить это со всей группой несколько позже. Сначала мне хотелось бы завершить проверку планов. Не согласишься ли ты взять на себя обязательство вернуться к этому снова, когда проверка планов закончится?»

Подобным ответом ведущий группы добивается сохранения целостности структуры группы, не компрометируя при этом от-

дельного ее члена. Более того, ведущий признаёт важность волнующей проблемы и получает твёрдое обещание, что она продолжит эту тему после того, как проверка планов будет завершена.

Особенности стационарных терапевтических групп в больнице

Стационарное лечение — это не только надлежащее руководство группой, её членами и групповой динамикой. В связи с тем, что стационарные терапевтические группы проводятся в условиях лечебного учреждения с множеством самых разных составляющих лечебного процесса, которые, в свою очередь, имеют различные цели и соответствующий персонал для их реализации, групповая терапия, для того, чтобы вписаться в общую терапевтическую картину, должна быть обязательно адаптирована к этим условиям. В амбулаторных группах границы между группой и окружающим миром обычно чётко обозначены. В стационарных же эти границы не четкие, а довольно размытые. Стационарная группа — это подсистема внутри более крупной системы больничного отделения, в условиях командного подхода к лечению. Отсутствие четких границ между группой и другими видами деятельности в больнице может превратиться в источник дополнительных сложностей для ведущего группы. Поэтому решение вопросов, связанных с определением четких границ — одна из важнейших задач для успешного лечения. Если бы не это, эту главу можно было бы закончить прямо сейчас, и ведущий должен был бы заниматься только конкретными вопросами, излагавшимися до сих пор. Однако, условия больничного учреждения и работа в команде требуют от ведущего и остального персонала сотрудничества друг с другом. Если этого не удастся достичь, последствия для пациента могут быть весьма печальными. Примером крайнего проявления несогласованности мог бы быть случай, когда часть персонала требует, чтобы главной задачей было полное воздержание, в то время как некоторые другие украдкой проповедуют контролируемое потребление.

Ванничелли (Vannicelli, 1982) касается этих проблем, описывая специфические сложности, связанные с присутствием алкоголиков на групповой терапии. Для того, чтобы успешно преодолеть эти трудности в стационарном отделении, необходимо, по ее мнению, решить шесть ключевых вопросов:

«Нашим ведущим групп рекомендуется постоянно помнить о существенной разнице в защитных стилях алкоголиков и невротиков, и о том, как эти различия влияют на их взаимоотношения в группе. А именно, мы учитываем хорошо развитую способность алкоголиков ускользать от ограничений, а также смещать или рассеивать фокус работы. В отличие от работы с невротическими пациентами, чьи более четко сфокусированные тревоги обеспечивают мотивацию и направление для терапевтической работы, сильный, но рассеянный дискомфорт алкоголиков не выполняет таких функций. И действительно, очень часто их диффузные защиты делают работу в группе весьма затруднительной. А посему, обязанность обеспечить границы и фокус возлагается на ведущего. Для этого он должен быть в состоянии оказывать воздействие, не генерируя при этом большей тревоги, чем это необходимо — задача, которая может быть значительно облегчена, если ведущий знает наиболее вероятные в группах алкоголиков проблемы и имеет достаточную подготовку, чтобы с ними справляться.

Существует шесть ключевых моментов, которые необходимо как следует осмыслить, чтобы быть готовыми реагировать на них в не вызывающей, но твердой манере». (с. 19-20)

Вот эти шесть ключевых вопросов:

1. Ведущие группы должны быть готовы ответить на вызов и рассказать о собственном злоупотреблении алкоголем или наркотиками.
2. Контракт пациента с группой и контракт группы с больницей.
3. Путаница может возникнуть в ожиданиях от группы в тех случаях, когда ее члены участвуют одновременно в других видах групп (АА, образовательные группы и т.д.).
4. Особые проблемы возникают в вопросе конфиденциальности из-за частых контактов ведущего с посторонними (не из числа персонала, с другими пациентами, работодателями, семьей и т.д.).
5. Активные выходы ведущего для проведения интервенции, если это необходимо.
6. Защитные манёвры группы в отношении срока употребления алкоголя и (для реабилитационных групп) воздержания, и их последствия для группы, когда кто-то из ее членов срывается.

Откровенность ведущего в отношении употребления алкоголя и наркотиков

Ванничелли предупреждает, что ведущие могут ожидать вопросов о своём собственном употреблении алкоголя и наркотиков. Вместо того, чтобы избегать подобных вопросов или просто отвечать на них, не задаваясь вопросом об истинной подоплеке их постановки, ведущий должен исследовать мотивы любопытства пациентов. Для Ванничелли такое любопытство всегда подразумевает озабоченность: «А сможете ли вы меня понять и помочь мне?» Ответ, естественно, является палкой о двух концах. Если ведущий не употребляет алкоголь или наркотики, пациенты могут усомниться в том, что он в принципе может понять их состояние. Если терапевт выпивает изредка (вместо того, чтобы повторять свои рассуждения по поводу терапевтов, употребляющих наркотики и работающих в то же время с алкоголиками и наркоманами, я лучше сделаю ссылку на изложенное в Главе 9 и посоветую таким терапевтам не работать с этой категорией больных) и признаётся в этом членам группы, они, вероятнее всего, также поставят под сомнение способность контролируемо выпивающего человека помочь им. Ведущий, сам являющийся выздоравливающим алкоголиком или наркоманом, может стать источником утешения для одних членов группы и подозрительности для других, поскольку терапевт «не профессионал, а такой же выздоравливающий аддикт, как и я». Удовлетворительным ответом на подобный вопрос может быть следующее:

«Я думаю, что вы спрашиваете, желая знать, способен ли я помочь вам или понять вас, поскольку я имею подобную проблему (или не имею ее). Не могли бы вы рассказать больше о своих опасениях, и был ли в вашем прошлом кто-нибудь еще, кто вас не понял?»

Прозрачность в вопросах употребления алкоголя и наркотиков имеет очень важный смысл в лечении. Но проблема не ограничивается только этим. Ялом полагает, что ведущий должен быть более открытым в стационарной группе. Однако, многие из ограничений прозрачности терапевта, которые были приведены в Главе 4 для амбулаторной группы, также применимы и для стационарной. Самораскрытие терапевта наиболее уместно, когда помогает в достижении целей терапии. Прозрачность должна использоваться для обеспечения поддержки, принятия и ободрения. Задачей ве-

дущего является не производство позитивных чувств, но обнаружение и идентификация реакций пациентов через избирательное самораскрытие. Пациент, со своей потребностью в поддержке и помощи, не получит никакой пользы от ведущего, который способствует проявлению фальшивых чувств или выражает недоверие и гнев по отношению к пациенту.

Групповой контракт

При работе со стационарными группами алкоголиков и наркоманов (A&D) будет полезно рассматривать групповой контракт как комплекс из трех основных составляющих. Первая из них касается проблемы воздержания. Очевидно, что эту цель преследуют в АА, и она проходит красной нитью через всю эту книгу. Вторая и третья составляющие этого контракта касаются специальных условий, характерных для стационарных групп, и в их основе лежат рекомендации Райса и Рутана (Rice и Rutan, 1981).

Ванничелли резюмирует важность групповой нормы воздержания следующим образом:

«Групповая норма, касающаяся употребления спиртного, должна быть четко определена в первом групповом контракте, указывая на то, что все члены группы будут работать на достижение абстиненции, и что любые сложности, с которыми они столкнутся в этой работе (в виде страхов того, что выпьют, или действительного употребления) будут обсуждаться с группой. Важность свода общих норм относительно того, что это значит — работать над одной общей проблемой алкоголизма — нельзя недооценивать. И даже если существуют некоторые разногласия по поводу того, является ли воздержание единственной подходящей целью для алкоголиков, смешивание пациентов с разными целями в одной группе подвергает целостность группы практически непреодолимой опасности. Поскольку члены группы не делятся своими представлениями о том, что значит для них «чувствовать улучшение», они оказываются неспособными оказать друг другу помощь в достижении выздоровления или оценить свое собственное состояние. Более того, поскольку сокровенным желанием почти каждого выздоравливающего алкоголика является то, что наступит день, когда он снова сможет выпивать, присутствие в группе участника, подыгрывающего этому желанию, может стать причиной тре-

воги, с которой справляются при помощи непродуктивных и экстремальных попыток обращения в свою веру (выступая в поддержку АА, абстиненции, и т.д.)». (1982, с.29)

Внешний и внутренний групповой контракт

Райс и Рутан (Rice and Rutan, 1981) рассматривают контракт как свод норм, четко определяющих границы группы. Наличие чётких и специфических границ гарантирует, что члены стационарной группы извлекут максимально возможную пользу из своего лечения. Контракт определяет, кто и как долго будет находиться в группе. Кроме того, он оговаривает, каким образом этот материал используется внутри и за пределами группы.

Внутренний контракт

Этот контракт заключается между ведущим группы и её членами.

1. Все члены группы будут посещать каждое занятие, приходить вовремя и оставаться до конца занятия.
2. Конфиденциальность в отношениях между пациентами будет делом чести. Информация, обсуждаемая в группе, не будет выноситься пациентам за её пределы и обсуждаться с членами других групп.
3. Члены группы не будут способствовать созданию группировок внутри группы. Информация, которой обмениваются между собой члены группы в перерывах между занятиями, должна возвращаться в группу и выноситься на обсуждение.

Внешний контракт

Внешний контракт — это договор, заключённый между ведущим группы и больницей или отделением. Он определяет взаимосвязь между лечебной программой больницы и лечением, обеспечиваемым группой. Этот договор должен включать следующее:

1. Групповая терапия должна соответствовать общей лечебной программе отделения или больницы.
2. Групповая терапия признаётся основным методом лечения, ей не отводится вторичная роль по отношению к другим видам терапии.
3. Определённые для группы границы соблюдаются всем персоналом и пациентами. Групповые занятия и время, отведенное для них, не прерывается непредвиденными посещениями персонала или вызовом пациентов на другие мероприятия.

Одновременное участие в других группах

Вполне возможно, что выздоравливающие алкоголики и наркоманы могут оказаться одновременно членами различных групп. Они могут посещать собрания АА, проводимые за пределами больницы (до их стационарного лечения, во время или после) или взаимодействовать с ними, посещать различные целевые и образовательные группы, находясь в стационаре, что означает неоднократные контакты с членами групп, имеющих ориентацию и цели, отличные от терапевтической группы. Это создает два отличных друг от друга, но вместе с тем очень важных препятствия, которые предстоит преодолеть ведущему группы. Во-первых, ведущий убедится в невозможности препятствовать возникновению у участников внегрупповых контактов. Большинство современных форм амбулаторной групповой терапии рекомендует не поощрять общение между членами группы за её пределами. Однако, соблюдать это правило очень сложно, так как часто выздоравливающие алкоголики и наркоманы состоят одновременно членами АА и терапевтической группы. Несмотря на то, что сама по себе эта ситуация вне контроля, она, тем не менее, возможно, не настолько опасна, насколько представляется многим клиницистам. Не стоит, естественно, активно поощрять это, а возможные последствия смешивания терапевтических и социальных отношений должны осознаваться и детально анализироваться. Сексуальные отношения между членами группы должны быть, естественно, категорически запрещены. Однако, наложение табу на все формы общения часто подталкивает к притворству или заставляет членов группы либо скрывать свои планируемые встречи, либо держать в секрете случайные. Вместо того, чтобы налагать сомнительные запреты на общение за пределами группы, будет лучше, если ведущий будет добиваться согласия членов группы всегда обсуждать любые внегрупповые отношения, возможные между ними. Что бы ни произошло между двумя или более членами за пределами группы, это должно обязательно стать предметом обсуждения на группе. Ванничелли следующим образом определяет эту позицию:

«То, что члены терапевтической группы могут являться одновременно членами одной группы АА — обычное явление. Поэтому было бы непрактично (и нежелательно) пытаться ограничить их взаимодействие за пределами группы.

И всё-таки, поскольку в группе алкоголиков, как и в любой другой, желательно сохранять возможно большее количество групповой энергии внутри группы, следует всячески способствовать тому, чтобы пациенты обсуждали с группой любое «значимое» событие, происходящее за её пределами. Несмотря на то, что значение этого слова несколько расплывчато, и разные пациенты могут, естественно, интерпретировать его по-разному, должно быть, тем не менее, общее понимание того, что, если внегрупповой контакт выходит за рамки обычного общения на собрании АА, он должен быть обсуждён с группой. Иногда может быть полезно привести пациентам конкретные примеры (например, если оказывается, что два члена группы обсуждают третьего члена, или то, что произошло в группе; если двое или более членов группы общаются очень тесно; или если два пациента имеют «особую» связь.). Обсуждение с пациентами подобных примеров должно помочь разъяснить то, что серьёзное событие или отношения, поддерживаемые за пределами группы и не обсуждаемые с нею, лишают всю группу возможности исследовать их и лишают заинтересованных пациентов возможности получить ценную обратную связь от других участников. Важно также и то, что внегрупповые дела, не обсуждаемые в группе, приобретают характер «особых секретов», существование которых противоречит общей цели группы, состоящей во взаимной открытости и доверии». (1982, с.124)

Одновременное членство в нескольких группах, каждая из которых вызывает определённые ожидания, имеет свои цели и основные правила, отличные от тех, которыми руководствуется терапевтическая группа, может создавать особые проблемы для ведущего группы стационарного отделения. Участие в группах с преобладанием либо учебного компонента (таких, как образовательные группы), либо структурирующего и поддерживающего (таких, как группы АА), вероятно, может привести пациентов в некоторое замешательство, когда они становятся членами менее структурированной терапевтической группы, предлагающей к тому же мало дидактического материала. Очень важно, чтобы ведущий объяснил разницу между терапевтической группой и другими типами групп, которые, возможно, будут посещать пациенты во время нахождения в стационаре. Рекомендации Брикса по использованию групп «А» и «В» уровней, приводившиеся ранее в этой главе, и предгрупповая подготовка, проводимая по направле-

ниям, рекомендованным в Главе 3, — превосходные способы предупреждения или коррекции этого затруднения.

Так, членам группы необходимо указать на взаимодополняющий характер АА и терапевтической группы. Встречи АА используются в первую очередь для того, чтобы помочь им бросить пить. Групповая терапия призвана помочь им овладеть новыми способами поведения и совладания с этой проблемой в своих межличностных взаимоотношениях. И хотя эти два способа не исключают друг друга, пациенты должны понять, что то, что требуется от них в группе, существенно отличается от того, что требовалось от них в АА. Например, они могут ходить на собрания АА, когда пожелают. Очень часто на начальном этапе вовлечения в АА «старшие» члены АА поощряют их пассивное присутствие в качестве простых слушателей. В то время как групповая терапия требует, чтобы члены группы были на каждом занятии и приходили вовремя. Они должны сами стремиться к активному участию в групповом процессе и понимать, что руководство здесь будет гораздо менее выраженным. В отличие от образовательных групп, они должны понимать, что информация здесь не будет подаваться им в строгом структурированном формате. Если члены группы не полностью отдают себе отчёт в том, что от них требуется более активное участие в терапевтической группе, они могут растеряться или начать испытывать раздражение, приводящее к неспособности оценить по достоинству преимущества, которые они могут извлечь из опыта групповой терапии.

Особенности конфиденциальности в условиях стационара

В терапевтической группе стационара правила, регламентирующие конфиденциальность и информационный обмен, более сложны. В большинстве современных форм терапии пациент может быть уверен, что вся информация о нем будет конфиденциальна. Иначе обстоит дело в случае со стационарными терапевтическими группами. Многие, если не все химически зависимые пациенты направляются на лечение своим работодателем, семьёй или судом. И, следовательно, от руководителя группы часто требуется предоставление информации источнику, направившему пациента на лечение, поскольку условия развода, сохранения рабочего места или тюремного заключения часто непосредственно зависят от участия пациента в лечении и групповой терапии, или смягчаются этими фактами.

Кроме того, командный подход к стационарному лечению требует, чтобы вся информация, касающаяся пациента, предоставлялась остальному врачебному персоналу. Для того, чтобы избежать возникновения у больных ощущения, что их предали или обманули, ведущий группы должен иметь чёткий контракт, определяющий рамки конфиденциальности. Члены группы должны быть заранее предупреждены о том, что обмен информацией будет происходить. Необходимо, чтобы пациент подписал этот документ.

Очевидно, что такой документ для обмена информацией между ведущим группы и остальным врачебным персоналом не обязателен. Тем не менее, участники должны ясно осознавать, что информация, которой они делятся на группе, будет также известна другим членам терапевтической команды. Например, их можно проинструктировать следующим образом:

«Если я или ко-терапевт чувствуем, что мы узнали на группе что-то важное для вашего лечения и выздоровления, мы будем делиться этими сведениями с остальным персоналом. Важно понять, что мы все одинаково участвуем в вашем лечении здесь, в больнице, и на своём опыте знаем, что командный подход — это наиболее эффективный путь при лечении зависимостей. Иногда нам придётся разговаривать с кем-либо вне больницы, например с вашим работодателем, супругом, адвокатом или представителем суда. Если мы будем это делать, то с вашего письменного согласия, и мы будем избегать, насколько это возможно, предоставления любой личной информации, помимо той, участвуете вы в группе или нет, и успешны ли в лечении. После того, как мы поговорим с кем-либо из этих людей, мы поставим вас в известность о том, с кем мы говорили, почему, и что конкретно мы им сказали».

Сведения, передаваемые посторонним — отнюдь не единственный источник проблем, которые приходится решать ведущим групп стационарных отделений. Они также должны быть готовы иметь дело со сложными вопросами, связанными с информацией о членах группы, поступающей от источников за её пределами. Существуют два основополагающих правила, регламентирующих использование подобной информации:

1. Руководствоваться политикой, в соответствии с которой ведущие группы не хранят секретов, и именно они будут опреде-

лять, как та или иная полученная информация будет использоваться в зависимости от ее значимости для терапевтического процесса. Они также не должны давать никаких обещаний членам семьи, друзьям или работодателям, которые могли бы связать их каким-либо потенциально небезопасным тайным соглашением с информатором. Ведущий может сказать, что он не раскроет источник информации без крайней необходимости. Однако, руководители групп должны быть свободны принимать решения без заранее установленных ограничений.

2. Ведущие групп никогда не должны считать, что информация, поступившая из постороннего источника, является более ценной, правдивой и достоверной, нежели та, которую предоставил пациент.

Получив какие-то сведения о члене группы, ведущий прежде всего должен попытаться подвести пациента к тому, чтобы он сам рассказал о том, что стало известно из других источников. К конфронтации можно прибегнуть только как к крайнему средству. Следующий эпизод может послужить примером того, как ведущий справился с подобной дилеммой:

Арнольд, 36-летний алкоголик, поступил на лечение после того, как напал на свою жену, будучи в состоянии сильного опьянения. Поскольку он очень стыдился говорить об этом с врачебным персоналом или группой, ведущему надо было решить, каким образом использовать сведения о физическом насилии, полученные от жены Арнольда во время интервью, в котором она давала свою оценку семейным отношениям. Когда другой член группы начал говорить о своих собственных проблемах, связанных с неспособностью сдерживать чувства гнева в состоянии опьянения, ведущий заметил проявления Арнольдом определенного дискомфорта и сказал: «Очевидно у тебя, Арнольд, это вызывает какие-то сильные и неприятные чувства. Я бы хотел знать, испытываешь ли ты подобные чувства вины и стыда по поводу своего гнева в состоянии опьянения». Для Арнольда это было мягким приглашением высказаться, не содержащим какой-либо угрозы для него или осуждения. И этого оказалось достаточно, чтобы помочь Арнольду преодолеть столь сложную проблему. Если бы этот предмет не был затронут, это, скорее всего, привело бы к

тому, что Арнольд еще глубже ушел бы в себя, прячась от самого себя и остальных членов группы во время последующих четырех недель. В силу того, что вина и отрицание — одни из самых сильных факторов, способствующих срыву, а также по причине отсутствия у ведущего такой роскоши, как возможность ожидания в течение нескольких недель, и даже месяцев того, что Арнольд почувствует себя достаточно защищенным и доверится ему, было очень важным подтолкнуть его к этому разговору. И очень важно здесь то, что ведущий сделал это очень ненавязчиво, позволив Арнольду сохранить свою целостность и предоставив ему возможность самому рассказать о своих переживаниях.

Иногда обмен информацией, происходящий между пациентом и терапевтом во время индивидуальной беседы, может стать еще одним источником конфликта для ведущего. Поскольку большинство ведущих стационарных групп наблюдают некоторых её членов индивидуально или в иных условиях во время их пребывания в больнице, они могут решить, что имеют своего рода приоритетное право перед остальными членами терапевтической команды на те или иные сведения о пациенте. Подобная ситуация может поставить терапевтов в весьма рискованное положение, особенно если они заранее согласились на просьбу пациента «пожалуйста, сохранить эту информацию между нами». Если ведущие являются членами терапевтической команды, они должны понимать, что в этом и состоит одно из самых важных обстоятельств, радикально отличающих стационарное лечение от амбулаторного. Правила сохранения конфиденциальности здесь преобразованы в командный подход к лечению. Ведущие групп никогда не должны позволять себе брать личное обязательство по сохранению конфиденциальности в отношении пациента в стационарном отделении. Например, может быть очень лестно слышать, как ваш любимый член группы говорит вам в частной беседе «Я доверяю вам более, чем кому бы то ни было в этой больнице. Есть вещи, которые я никому другому не поведаю, потому что я не уверен, что они смогут понять меня. Но обещайте, что то, что я собираюсь вам сказать, останется только между нами». Здесь ведущий должен устоять и не поддаваться на такую лестную просьбу. Будет лучше для обоих, как для руководителя, так и для члена группы, если первый ответит на подобную просьбу следующим образом:

«Подождите немного, прежде чем поделиться со мной. Я польщён тем, что вы так быстро стали доверять мне, и мне хотелось бы поддержать вас в желании поделиться со мной тем, что вы собирались сказать. И все-таки, я не могу обещать вам, что не поделюсь этим с остальными членами терапевтической команды. Сейчас, возможно, и нет. Но если я посчитаю, что это важно для вашего выздоровления и лечения в больнице, я могу передать эти сведения другим для вашего же блага. Поймите, что я забочусь прежде всего о вашем будущем».

Пациенты редко возражают на такие слова терапевта. Если они отказываются поделиться своим «секретом» после подобного ответа, то, скорее всего, они либо пытались манипулировать им, либо попались на свое собственное деструктивное трансферентное искажение. Подобная позиция ведущего предохраняет его от подкрепления примитивных проекций пациента. Поскольку многие алкоголики и наркоманы страдают от элементарной личностной патологии, они склонны делить лечебный персонал на только хороших и только плохих людей. Если ведущие будут тщательно контролировать свою склонность быстро соглашаться на подобные просьбы, это будет предохранять их от попадания в рискованные ситуации. Например, что, если бы пациент захотел поделиться тем, что у него есть планы покончить с собой этим вечером, или что он знает, что другой пациент тайно пронёс с собой в отделение алкоголь или наркотики? Разве может ведущий не нарушить своё обещание о конфиденциальности в подобной ситуации?

Активные выходы

Стационарное лечение алкогольной и наркотической зависимости (A&D) усложнилось для ведущих групп в результате появления в последние несколько лет двух изменений в терапии аддикций. Во-первых, во многих больницах требуют, чтобы ведущие стационарных групп вели группы реабилитации для пациентов, успешно прошедших четырёх- и шестинедельные стационарные программы. Во-вторых, по причине финансовых ограничений большинство больниц сейчас проводят дневные программы, обеспечивающие терапевтический формат, весьма схожий с программой стационара, за исключением того, что пациентам разрешают ночевать дома или продолжать работать днём. В любом случае, ве-

дущие групп должны приспособливаться и реагировать на ситуацию, специфичную для алкоголиков и наркоманов. А именно, от них потребуется большой объем внестационарной помощи, так как большинство членов их группы будут либо иметь очень короткий, нестабильный период трезвости, либо не будут защищены стенами закрытого больничного отделения. Поэтому трезвость членов группы скорее будет носить экспериментальный характер, и чтобы как-то компенсировать эту ситуацию, ведущий должен будет производить значительное количество активных вмешательств, в частности, обзванивая и посещая не выполняющих своих обязательств членов группы. В то время, как ведущие групп, не связанных с зависимостями, могут не спеша исследовать причины, по которым посещение членами группы не постоянно и не регулярно, они не могут действовать таким же образом с начавшими выздоравливать наркоманами и алкоголиками. В большинстве современных форм групповой терапии не поощряется, когда руководитель активно вызванивает или спрашивает членов группы, почему они пропустили терапию. В случае с начинающими выздоравливать алкоголиками и наркоманами пропуски занятий или отсутствие без уважительной причины должны интерпретироваться как предупреждающий сигнал или крик о помощи. По этой причине, вместо того, чтобы ждать следующего занятия для выяснения причины пропуска без предупреждения, ведущий должен звонить или сразу же после занятия, или, по крайней мере, в течение следующего дня. Или же, если член группы, переживающий особенно трудный момент, звонит, чтобы сказать, что он не готов вынести свои переживания на группу сегодня вечером, терапевт должен тщательно исследовать все возможные причины, по которым человек избегает группы. Часто небольшая подсказка или очень осторожные наводящие вопросы могут помочь члену группы разобраться в причинах своего сопротивления группе и откликнуться на озабоченность ведущего.

И хотя подобная активная позиция ведущего имеет свои преимущества, заключающиеся в возможности предупреждения срыва или перемещения какого-то неосознанного сопротивления пациента на уровень его сознания, она, тем не менее, ставит его в такое положение, которое может быть воспринято как чрезмерный контроль или опека. Чтобы свести этот риск к минимуму, привлекайте, насколько это возможно, других членов группы к контро-

лю посещаемости. Сконцентрируйте свое внимание на поведении членов группы и осуществляйте свое воздействие в манере, лишенной назидательности и осуждения. Внестационарная помощь, оказанная с искренней заинтересованностью и заботой, может многое сделать для того, чтобы помочь участникам группы уловить возможные деструктивные оттенки своего сопротивления и избегания посещения группы.

Посещение группы после срыва

Поскольку группы реабилитации и дневные терапевтические группы работают вне защищающих стен закрытого больничного отделения, их ведущие, вероятнее всего, столкнутся с необходимостью работать с сорвавшимися членами группы, продолжающими ее посещать. Срыв, как говорилось выше в данной главе, может быть для алкоголика или наркомана важным поучительным опытом, если он правильно интегрирован и понят. Плох только тот срыв, который не был проанализирован. Анализ причин срыва будет полезен не только для самого сорвавшегося, он также станет ценным обучающим материалом для других членов группы. Это поможет им всем распознать разные стадии срыва. Прежде всего, для ведущего группы было бы важно принять позицию, характерную для большинства ветеранов АА, когда те имеют дело со срывом у алкоголика: не позволяйте сорвавшемуся описывать свой опыт в манере «я поскользнулся». Это подразумевает, что возврат к употреблению случился из-за чего-то, что произошло с ним без его ведома. Как говорят в АА, «Если опасаясь поскользнуться, не ходи туда, где скользко». Члены АА предпочитают называть эти «поскальзывания» «преднамеренным пьянством». Исследуйте с алкоголиками причины, побудившие их вернуться на свой «скользкий путь», и то, как эти паттерны можно идентифицировать и избежать их в будущем.

Употребление алкоголя и срыв

Тщетность попыток применения психотерапии к находящемуся в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием наркотиков пациенту была хорошо показана в классическом исследовании Браун и Ялома (1977). И хотя они никогда так и не решили этот вопрос окончательно, или не занялись им вплотную, очевидно, что он был связан для них с большими трудностями. Помимо ухуд-

шения статистики, пьяные или одурманенные пациенты наносили самый серьезный ущерб всему групповому процессу. В каждом случае (пятнадцать раз за два с половиной года изучения) пьяный член группы доминировал на протяжении всей сессии. Он захватывал и удерживал внимание группы такими средствами, которые невозможно было проигнорировать. «Особое разочарование члены группы испытывали от сознания того, что смысл самого занятия очень быстро улетучивался, поскольку пьяный редко оставлял что-нибудь для других. Члены группы ощущали власть алкоголя и подавляющее чувство полной бесполезности сессии» (с.438).

Отчасти эту трудность можно объяснить тем, что терапевт не признавал, что самой главной проблемой, которую призвано решать лечение зависимостей в любой форме, должна быть сама проблема употребления наркотиков и алкоголя. Слишком часто психотерапевты продолжают придерживаться уже давно устаревшего убеждения, что алкоголизм является всего лишь симптомом какой-то основной патологии. Сложно понять, почему вполне разумные в остальных вопросах психотерапевты продолжают пытаться применять метод лечения (психотерапию), построенный на рациональных основаниях, к человеку, сознание которого пребывает в изменённом состоянии. Исследования окончательно доказали, что знание, получаемое под влиянием наркотического вещества, не бывает генерализовано на состояние ясного сознания (Fischer, 1976). Большая часть психотерапии направлена на то, чтобы заставить забыть старое, обречённое на провал поведение и усвоить новое, более адаптивное. Этот процесс существенно ухудшается, если член группы находится в состоянии опьянения, поскольку изменение часто предполагает способность понимать, когнитивную перестройку и эмоциональный катарсис. Ключевым для любой терапии алкоголизма является требование воздержания от употребления алкоголя.

Ялом признавал, что активно злоупотребляющие обычно сводили на нет нормальные положительные рабочие усилия в группе. Однажды ему случайно удалось обработать и интегрировать такой инцидент в терапевтическое преимущество посредством воспроизведения видеозаписи. Иногда, пользуясь этим средством, он наглядно демонстрировал уже трезвому члену группы, насколько отталкивающим и пораженческим выглядело его поведение в пьяном состоянии в глазах других членов группы. В каждом из слу-

чаев Ялом показывал пути, с помощью которых можно извлечь выгоду для терапии из, казалось бы, самых обескураживающих терапевтических неудач. Таким же образом следует подходить и ко всем случаям срывов у алкоголиков. Браун и Ялом (1977) ошибочно заявляют, что АА, «несмотря ни на что, считают срыв абсолютной катастрофой (он записывается несмываемыми чернилами в личной истории члена АА), отличая его от тех членов, которые достигли продолжительного воздержания.» (с.433). Как раз наоборот, АА признает срыв неизбежным процессом в выздоровлении некоторых алкоголиков. Вместо того, чтобы смотреть на него как на катастрофу, его лучше использовать в качестве поучительного опыта, со всей очевидностью указывающего на то, что алкоголик явно делает что-то неправильно. Задача группы и терапевта — исследовать те условия, которые привели к употреблению. Излишняя самоуверенность, пассивность или старые паттерны обиды и гнева являются общими темами, которые могут помочь другим членам осознать, что они также, возможно, совершают те же самые ошибки. Часто случай срыва может стать невероятно полезным опытом для других членов и группы в целом.

Исследуя эту проблему, Ванничелли приводит четыре наиболее распространенных в контексте групповой терапии ситуации:

1. Члены группы, приходящие на занятие явно в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.
2. Члены группы, пьющие между сессиями и отказывающиеся признать это, даже в случае прямой конфронтации.
3. Члены группы, пьющие и признающие это, но не желающие отказываться от этого.
4. Член группы, который периодически пьёт, но продолжает одобрять политику воздержания, тогда как его поведение указывает на обратное.

Каждая ситуация требует своей стратегии для адекватного ответа.

1. Являющийся на группу в нетрезвом виде

Твёрдо, но вежливо попросите участника покинуть группу и вернуться на следующей неделе. Коротко поясните, что членам группы не разрешается появляться на сессии в нетрезвом состоянии, но для них будет очень важно вернуться в группу. Более упрямого и трудного субъекта вежливо попросите, не будет ли он столь лю-

безным подождать снаружи. Предложите ему выпить чашку кофе или выкурить сигарету. Возможно, для него это будет выходом из затруднительного положения, который позволит ему не пасть в грязь лицом перед остальными членами группы. Отошлите его на ближайшую встречу АА или попросите члена АА, ведущего трезвый образ жизни, прийти и поговорить с ним. После того, как выпивший член группы уйдёт, детально исследуйте реакцию группы на случившееся.

2. Подозреваемый в употреблении алкоголя или наркотиков, не признающий этого

Если то, что член группы находится под воздействием алкоголя или наркотика, не очевидно, но у ведущего имеется информация из посторонних источников (т.е. от жены и т.д.) о том, что он пьёт или принимает наркотики, будет лучше осторожно вывести его на разговор. Часто приглашения высказаться по данной проблеме бывает достаточно для того, чтобы человек признался. Однако, если член группы настаивает, что он трезв или чист, лучше не давить на него. Редко найдётся алкоголик или наркоман, который будет пить или принимать наркотики, продолжая при этом посещать группу, подписавшую контракт о воздержании. Если группа реабилитации или дневного стационара имеет в контракте соглашение о периодических выборочных скринингах на употребление наркотиков, это обычно снимает подобные сложности.

3. Продолжающееся признаваемое употребление алкоголя и наркотиков

После неоднократных срывов члена группы необходимо оценить на предмет дальнейшего дополнительного лечения. Если проблемой является зависимость от алкоголя, должен быть выписан Антабус (дисульфирам). Кроме того, необходимо рассмотреть возможность стационарного лечения. Дополнительная индивидуальная терапия или более частое посещение собраний АА также могут быть способами корректировки лечения пациента. Если член группы решает, что он не хочет соглашаться с требованием абстиненции, или открыто признаёт, что он хочет продолжать принимать алкоголь или наркотики, необходимо вежливо, но твёрдо объяснить ему, что группа предназначена только для тех, кто хочет отказаться от наркотиков или алкоголя. Скажите ему, что он может получить направление к другому терапевту, который смо-

жет заниматься с ним на индивидуальной основе, и что он в любое время в будущем сможет вернуться в группу, если решит изменить своё отношение. Ни при каких условиях ведущий не должен пытаться соединить в одной группе активно употребляющего наркомана или алкоголика с выздоравливающими участниками.

Ванничелли указывает на важность серьёзного группового контракта для предотвращения возможных ошибок, ассоциируемых с каждой из этих проблемных областей. Она пишет:

«Эффективное решение последних четырёх проблем (одновременное членство в других группах, общение с посторонними, пациенты, которые пьют, и употребление алкоголя как фокус группы) требует наличия чёткого лечебного контракта, определяющего требования к членам группы (и то, что они, в свою очередь, могут ожидать от лечения). В идеале чёткий договор с пациентом должен быть составлен во время предварительного интервью, на котором пациент знакомится с каждым из основных правил. Правила должны включать следующее: (1) минимальный срок пребывания в группе (например, мы ожидаем, что члены обязуются посещать группу не меньше трёх месяцев); (2) требование посещать группу регулярно и вовремя, и заблаговременно сообщать об объективной необходимости опоздания или отсутствия (с указанием, должен ли будет пациент оплачивать пропущенные занятия); (3) необходимость заблаговременного уведомления группы о намерении пациента оставить её; (4) обязательство полного воздержания и готовность рассказывать о своих страхах перед выпивкой или действительных срывах, если таковые произойдут; (5) обязательство рассказывать о других важных проблемах в жизни пациента, которые вызывают сложности в общении с другими или делают невозможной полноценную жизнь; (6) обязательство говорить о происходящем в самой группе как способ лучшего понимания собственной межличностной динамики; (7) особенности ограничений, касающихся контактов между членами группы за её пределами (или требование выносить на группу значимые события, происходящие за её пределами, или и то, и другое); и (8) характер и степень обмена информацией между ведущими группы и посторонними». (1982, с. 36-37).

Заключительные рекомендации для групповой терапии в условиях стационара

В отличие от большинства других форм современной групповой терапии, стационарная групповая терапия больных, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками, предполагает управление тремя различными факторами, влияющими на лечебный процесс. Во-первых, это неврологические нарушения, наблюдаемые обычно у большинства находящихся на лечении алкоголиков и наркоманов. Во-вторых, это более типичные проблемы управления медицинским учреждением, с которыми сталкиваются все ведущие групп в стационарном отделении. Как замечает Ялом, эти сложности становятся ещё более проблематичными из-за специфических условий, сопутствующих стационарному лечению. В-третьих, в силу того, что групповая терапия — это подсистема в рамках более крупной больничной системы, ведущий группы должен быть в состоянии справляться с общими сложностями, обязательно возникающими всякий раз, когда подструктура должна существовать в рамках большей структуры. В частности, проблема обычно возникает у тех ведущих, которые оказываются частью лечебной команды. Обычные принципы терапевтической группы компрометируются особой динамикой командного подхода к лечению. Все эти три различных фактора — неврологические нарушения, управление клиникой и командный подход к лечению — должны быть сведены вместе в едином, взаимодополняющем усилии для предоставления ведущим действительно положительного лечебного опыта членам его группы. Цели группы и лечение в стационарном отделении должны быть приспособлены к этим обстоятельствам. А именно, терапевтическая группа должна быть частью общего лечения пациента. Если терапевтическая группа не соответствует целям остальной программы стационарного лечения, шансы пациента на успешное выздоровление будут существенно ниже. Mueller, Suffer, и Pregaman (1982), кратко определяют восемь важнейших целей, которые должны быть достигнуты пациентами во время их пребывания в стационаре.

1. Пациент должен определить место, занимаемое алкоголем и наркотиками в его жизни, что означает осознание потерь, которые он понёс из-за пьянства (т.е. семья, работа, финансы, здоровье, самоуважение, правовые и духовные вопросы).

2. Индивидуально разработать лечебный план, что означает оказание помощи каждому пациенту в определении индивидуальных целей лечения.
3. Пациент должен осознать, что быть алкоголиком или наркоманом — значит, никогда больше не иметь возможности принимать алкоголь или наркотик.
4. Пациент должен узнать альтернативы пьянству и определить, что ему необходимо, чтобы оставаться трезвым (т.е. посещать АА, амбулаторные группы и т.п.)
5. По возможности, привлечь к лечению систему социально-эмоциональной поддержки пациента — семью, друзей, спонсора от АА, работодателя.
6. Обеспечить такой опыт лечения, в котором пациент ощущал бы свою ценность как для персонала, так и для других пациентов через взаимодействие, принятие и «разрешение» испытывать и выражать чувства.
7. Предоставить алкоголику и наркоману информацию об алкоголизме и наркозависимости как о болезни.
8. Обеспечить трезвую окружающую среду, в которой лечение может быть эффективным. Это потребует как привлечения АА, так и проведения амбулаторных групп. В частности, опыт стационарной групповой терапии позволит сделать пациента более восприимчивым к продолжительной амбулаторной групповой терапии.

Задача ведущих состоит в том, чтобы привести членов группы к каждой из этих целей. Berger (1983) подчёркивает эту последовательность:

«Во-первых, терапевт должен постоянно укреплять стремление пациента к трезвости через раскрытие того вреда, который оказывал алкоголь на его жизнь, используя принцип «здесь и сейчас» и избегая ловушки копания вместе с пациентом в причинах, побудивших его к употреблению. Терапевт должен мягко конфронтровать защиты пациента (такие, как отрицание, проекция и грандиозность) и помогать ему принимать ответственность за свои действия, в том числе и за алкоголизм. Кроме того, терапевт может столкнуться с фантазиями пациента о том, что однажды он сможет вернуться к социально приемлемому потреблению спиртного.

Во-вторых, терапевт должен помочь пациенту научиться приспосабливаться к жизни без алкоголя. Он должен приобрести способность заполнять своё время конструктивно, с тем, чтобы алкоголь более не занимал центрального места в его жизни. Одновременно терапевт может повысить вероятность того, что алкоголик будет сохранять трезвость, через проведение семейных образовательных семинаров, побуждая его посещать встречи АА и разумно использовать дисульфирам, чтобы свести к минимуму вероятность спонтанного срыва». (стр.1043)

В продолжение данного процесса, должны быть отсечены все поддерживающие системы, способствовавшие употреблению пациентом спиртного или наркотиков. В отличие от большинства современных и традиционных форм групповой терапии, здесь алкоголики и наркоманы на начальных стадиях лечения не побуждаются к интроспективному взгляду внутрь себя для усиления самопонимания. Скорее, их побуждают с помощью конфронтаций и пересмотра своей жизни посмотреть на свои неудачи, чтобы сопровождающая их первичная боль усилилась. Это требует, чтобы ведущий не застревал на детальной проработке не имеющих к этому прямого отношения внутренних конфликтов. Нельзя позволять алкоголикам и наркоманам избегать того парадокса, что их употребление алкоголя и наркотиков — и есть проблема. В конце концов, они вынуждены будут принять ответственность за это. Тем не менее, они должны осознать, что внутри них самих нет той силы, что смогла бы противостоять их желанию выпить. Короче говоря, они не могут употреблять алкоголь и наркотики, но и не могут в одиночку прекратить их употребление. Подобное положение ввергает алкоголиков и наркоманов в пучину безнадёжности и во власть их старых систем поддержки. В этот момент они требуют помощи, руководства и контроля из внешнего по отношению к ним источника. Парадоксально, но у них нет иной альтернативы. Это обстоятельство противостоит их огромному эгоцентризму и изоляции. В конечном итоге, на встречах АА и в терапевтической группе они должны усвоить, что те, с кем они могут идентифицироваться, и являются новым источником надежды и силы.

Глава 11.

Проблемы поздней стадии лечения

На поздних стадиях лечения зависимых лиц доминируют две явно выраженные темы, тесно связанные между собой и переплетающиеся на протяжении всех фаз процесса. Прежде всего, это необходимость гарантировать абстиненцию при одновременно стоящей задаче вызвать у аддиктивного пациента характерологическое изменение. По мере прогресса лечения, когда пациент становится способным все больше увеличивать временную дистанцию между настоящим моментом и последним приемом вещества, все большее и большее внимание должно направляться на те ведущие характерологические черты, которые главенствуют в личности наркоманов и алкоголиков. В двенадцатишаговом сообществе эти две темы часто объединяются в рубрику «профилактики срыва и устранения дефектов характера». Члены АА и других двенадцатишаговых программ давно распознали и интуитивно поняли то, что для достижения и поддержания здоровой трезвости необходимо смягчение, модификация или устранение тех личностных характеристик, которые несовместимы с выздоровлением. С точки зрения АА, устранение недостатков характера является жизненно важным, если наркоман или алкоголик хочет когда-либо достичь единственной подлинной цели выздоровления, а именно — спокойствия, ясности и безмятежности. Избавление от зависимости требует гораздо большего, нежели просто прекращения употребления алкоголя или наркотиков. Оно требует «проработать ступени программы» или же использовать какую-нибудь другую жизнеспособную альтернативу, чтобы индивид мог изменить основу своего характера. До тех пор, пока это не выполнено, они останутся столь же жалкими, какими были, когда пили или принимали наркотики. В таких случаях рецидив неизбежен; алкоголик или наркоман оказывается бомбой с часовым механизмом, до поры-до времени пребывая в ожидании. «Трезвость со стиснутыми зубами» оставляет человека злым, неудовлетворенным и жалким. АА рассматривают такого индивида как не изменившегося по сути «сухого пьяницу», лишь бросившего прием химикатов,

но не претерпевшего личностных изменений. АА прекрасно отдают себе отчет в парадоксальности дилеммы: абстиненция и длительное выздоровление не могут поддерживаться без «устранения дефектов характера», а дефекты характера не могут быть устранены или видоизменены без предварительного достижения абстиненции. На этой стадии лечения алкоголиков или наркоманов групповая психотерапия становится гораздо менее ограниченной, менее подчиненной жестко структурированным лечебным подходам, нежели это было на ранних и средних фазах лечения. Ранее забота о смягчении тревожности, регрессии и враждебности полностью главенствовала в поведении ведущего, поскольку процесс выздоровления и эмоциональная стабильность зависимого индивида были еще весьма хрупки. Необходимо было постоянно взвешивать целесообразность применения всякой интервенции и любого технического приема, размышляя, не спровоцируют ли действия терапевта возврата зависимых пациентов к старым способам решения проблем, если они получают слишком скорую или слишком интенсивную эмоциональную стимуляцию. Вместо этого акцент должен был делаться на адаптации алкоголиков или аддиктов к культуре двенадцатишагового сообщества выздоровления и на их признание себя алкоголиками или наркоманами. В то время как забота о срыве всегда, с самого начала лечения, доминирует в стратегии лечебного процесса, ее фокус изменяется во время поздних фаз выздоровления, когда индивиды достигают большей трезвости, стабильности и абстиненции. Алкоголики или аддикты больше не предохраняются от того, чтобы чувствовать слишком многое, или слишком быстро открываться своим эмоциям (т.е., препоручай, живи одним днем и т.п.); они вынуждены осознать то, что если они не будут фактически заниматься теми эмоциональными темами и конфликтами, что властвуют над их жизнью, то подвергнут себя опасности рецидива.

Длительное лечение алкоголиков или наркоманов в конечном счете требует лечения характера. Будь то личностное расстройство или более мягкая манифестация глубоко укорененного, привычного паттерна дисфункционального поведения, во многом сформированного химическим воздействием на тело и мозг пациента, эта часть его или ее жизни должна подвергнуться решительной атаке. По этой причине групповая терапия становится еще более критичным

компонентом процесса исцеления. Как выяснено многими исследователями и клиницистами, групповая терапия оказывается предпочтительной формой для лечения не только зависимостей, но и расстройств характера (Alonso и Rutan, 1993; Klein и др., 1991, Leszcz, 1989). Адаптация техник к долговременному лечению доминирует в групповом подходе на этой фазе выздоровления. Как знает любой хорошо обученный клиницист, характерологические нарушения не поддаются быстрым изменениям и не подвластны краткосрочным стратегиям. Подобным же образом профилактика рецидива признается пожизненным процессом, и чрезмерная самоуверенность может быть предупредительным сигналом о том, что старые нарциссические паттерны — гордыня и вера в собственную неповторимую особость — возвращаются. Члены АА, к примеру, давно признали, что от «У меня с этим все в ажуре» до «Я могу пропустить иногда рюмашечку» и до «Я не могу быть алкоголиком, потому что я другой», а затем до «Я особенный и уникальный, не такой, как они» — очень небольшой шаг. Смирение и принятие себя со всеми своими недостатками — вот противоядие аддиктивному образу жизни, тем верованиям и установкам, которые подчиняют себе активного алкоголика или наркомана. Успешное длительное лечение зависимости требует поддержания тонкого баланса между в основном защитным характером химически зависимого человека (грандиозностью, нарциссизмом и обсессивно-компульсивными чертами) и чувством стыда и бесполезности, которому подчинена его внутренняя эмоциональная жизнь. Ведущий должен всегда точно осознавать то, что потенциально до рецидива недалеко всякий раз, когда алкоголик или аддикт качнется слишком сильно в сторону того или иного полюса (грандиозности и стыда). Когда зависимые индивиды чувствуют себя слишком хорошо или слишком плохо, потенциальный срыв критически близок, а равновесие максимально хрупко. Искусство долгосрочного лечения аддиктов заключается в способности терапевта помогать им поддерживать изменчивый и тонкий баланс между этими двумя крайними позициями.

Смена парадигмы

Долгосрочное лечение химически зависимого человека в группе требует изменения парадигмы, отхода от типично медицинской модели и более традиционных форм индивидуальной и групповой терапии, часто применяемых при лечении неаддиктивных пациен-

тов. По мере преодоления раскола в психиатрии связь между патологией характера и аддикцией все лучше понимается и все чаще идентифицируется. Сейчас все шире принимается мнение, что традиционные подходы к лечению как зависимости, так и патологии характера должны быть изменены, если мы хотим, чтобы пациенты успешно излечивались. Интерпретация и разрешение переноса, долго бывшие двумя краеугольными камнями психодинамической терапии, теперь видятся сами по себе неадекватными инструментами для излечения патологии характера и аддикции. Открывается все больше и больше свидетельств того, что для изменения характерологической патологии пациенты должны интернализировать и интроецировать новые реалии, включая интернализацию нынешних отношений — в актуальном окружении и на нынешней стадии зрелости. Большая часть индивидуальных переносов возбуждает в этих пациентах сильные чувства объектного голода, зависимости и враждебности. Поэтому групповой формат, где эти чувства могут быть рассеяны посредством удовлетворения, получаемого от частичных объектов (*part-object gratification*), и поддержки, обеспечивает необходимую поддерживающую среду для разрешения трансферентных искажений и интернализации здоровых и более зрелых, приносящих удовлетворение отношений.

Алонсо и Рутан (1993) являются наиболее признанными авторитетами групповой психотерапии, четко сформулировавшими причины того, почему групповая терапия является предпочтительной для случаев патологии характера. Следуя за Лео Стоуном (1961) в критике «трупной модели» как классического стереотипа аналитика, они указали, как такая позиция «оказывается неспособной предложить какую бы то ни было реальную возможность для интернализации или интроекции вслед за интерпретацией переноса» (стр.441). Сходным же образом Луис Ормонт (1992), описывая доэдипального пациента, утверждает, что эти пациенты представляют особые проблемы, поскольку их трудности являются результатами провалов развития, произошедших в очень раннем детстве, до того, как они научились эффективно использовать слова. Ормонт совершенно справедливо замечает, что такие индивиды оказываются под контролем собственных эмоций и склонны скорее отреагировать или отыгрывать, чем проговаривать их. Такие люди, задержавшиеся в развитии, склонны использовать внешние источники удовлетворения (т.е. наркотики, алкоголь, секс, и т.д.)

и не реагируют на слова или интерпретации. Доступ к ним и возможность влиять на них лежит в области чувств и действий.

Терапевтический подход, находящийся под влиянием традиционной медицинской модели, требует идентифицированного пациента, от которого ждут зависимости и веры в способность авторитетной фигуры решить или устранить его трудности. Это попросту не работает в случае аддикции или расстройства характера. Обычно такие пациенты не чувствуют, что у них есть проблема; они считают трудности в своей жизни чем-то внешним по отношению к себе; их способность придерживаться хоть каких-нибудь правил, включая правила терапевтического контракта, ограничена; они стремятся рассеять тревогу путем отыгрывания или злоупотребления химическими веществами, и испытывают печально известные трудности в сфере подлинно интимных межличностных отношений. По этой причине им чрезвычайно трудно выносить и поддерживать терапевтический альянс с каким бы то ни было человеком, если только они не настроены друг на друга идеальным образом. Терапевтический парадокс здесь заключается в том, что даже если терапевт и может идеально настроиться на пациента, все равно конфронтация, фрустрация и установление границ являются критическими элементами, необходимыми для прекращения употребления химических препаратов и для осуществления характерологических изменений. Следовательно, групповой терапевтический подход, базирующийся на парадигме, которая подчеркивает межличностные отношения, взаимность и чувство общности, оказывается наиболее эффективной моделью, способной адекватно обращаться ко всем разнообразным вопросам и потребностям, приносимым подобными пациентами в терапию. Пересматривая теорию доэдипальной или характерологической патологии, Алонсо и Рутан (1993) выделили пять основных проблемных сфер в работе с такими пациентами. Характерологические проблемы обычно

1. Находятся вне осознания пациента.
2. Воспринимаются, как «такой уж я есть», когда доводятся до осознания.
3. Сопротивляются изменениям, даже если пациент хочет измениться.
4. Навязчиво повторяются до тех пор, пока не проработаны полностью.
5. Трудно поддаются изменению, даже при наличии мотивации.

Тщательно продумав и досконально разработав эти пять пунктов, Алонсо и Рутан предлагают пути уникального обращения групповой терапии к каждой из этих сфер.

Помощь пациенту в осознании. Поскольку черты характера проявляются наиболее выпукло в межличностной сфере, группа имеет существенное преимущество по сравнению с индивидуальной терапией. В группе индивиды не должны разговаривать о своих трудностях; последние сами проявятся в непосредственном взаимодействии с другими членами группы. Поскольку группа позволяет индивидам ощущать себя отраженными в зеркале всей группы, то, соответственно, здесь меньше полагаются на интеллект или инсайт, и больше — на осознание своего Я в связи с прочувствованным, живым опытом общения с другими участниками.

Да, я такой. Алонсо и Рутан пишут: «Поскольку черты характера по определению эго-синтонны, то есть не генерируют в пациенте никакого особого чувства типа «это не я», часто людям бывает невыносимо трудно услышать об их бесспорном присутствии, и это, как правило, ведет к массовой мобилизации характерологических защит» (1993, стр.443). Алонсо и Рутан справедливо обращают внимание на то, что это неизбежно ведет к сильным чувствам разоблаченности и стыда. Они заключают, что это — первое и самое главное препятствие, которое должно быть преодолено в терапии. Как они писали в другом месте (Алонсо и Рутан, 1988), и как подчеркивается в Главе 7 настоящей книги, АА хорошо работает, поскольку программа уникальным образом обращается к проблеме стыда. Алонсо и Рутан также считают взаимность разоблачения и принятия, возможную только в групповом формате, основным элементом разрешения стыда.

Хочу измениться, но не могу. Алонсо и Рутан называют стыд и страх разоблачения первичным препятствием для изменения характера. Поскольку основные паттерны характерологического поведения привычны и устанавливаются в раннем детстве как результат стыда, то изменение этих паттернов требует проработки этого чувства. Отказ от привычек, связанных с самыми ранними объектами привязанности, означает, что индивид должен будет проработать и депрессию покинутости, тесно переплетенную с привычными способами реагирования на других людей. Поскольку изменения характера столь сложны из-за сильных чувств — стыда, злости и депрессии, то обещание принятия со стороны

группы равных, также обязавшихся обнажать свои уязвимые места, облегчает муки снятия покровов с глубоко укорененных, тайных компромиссов.

Ну вот, все по-новой. Поскольку характер, по определению, состоит из привычек, участники будут повторять в группе те поведенческие модели, которые и принесли им многочисленные трудности и обусловили их потребность в лечении. Регрессия и компульсивное повторение доминируют в долгосрочном групповом лечении таких пациентов. Как указывали Алонсо и Рутан, благодаря многообразию возможностей множественных реакций переноса, группа обеспечивает усиление регрессии и необходимую при этом безопасность, принятие и поддержку, столь необходимую этим людям во время проработки компульсивного повторения, подчинившего себе их жизнь.

Зачем изменяться? Что это мне даст? Расставание с привычным поведением болезненно и сложно. Многими это ощущается как предательство себя на базовом, основополагающем уровне, продажа себя ради того, чтобы только быть принятым другими. Следовательно, в этом таится угроза, которой надо избежать любой ценой, поскольку она ощущается как угроза потери личностной целостности. И вновь силой, препятствующей устранению зависти и других видов деструктивного или пораженческого поведения, оказывается стыд. Как пишут Алонсо и Рутан, «Сплоченность, присущая терапевтической группе, и потребность быть включенным в сплоченную группу может преодолеть стойкое сопротивление изменениям. Могущество движения самопомощи подтверждает силу этой потребности в сплоченности» (1993, стр.445)

Парадигма групповой терапии для одновременно-го лечения аддикции и патологии характера

Алкоголики и люди, злоупотребляющие другими химическими веществами, плохо реагируют на пассивных, эмоционально сдержанных ведущих или на стратегии, не обеспечивающие эмоциональной отдачи, поддержки и отклика. В целом зависимые пациенты не очень хорошо справляются с регрессивной тягой, которая вполне может ощущаться в группе, если ведущий использует техники, исходящие из Тэвикстокской или классической психодинамической теории, как отмечают Бион (Bion, 1961), Эзриэль (Ezriel, 1973) или Райс (Rice, 1965). Это отнюдь не подразумевает, что ведущий обязан

обеспечивать группе и ее членам инфантильное удовлетворение. Это не только нереалистично, антитерапевтично и, в конце концов, невозможно, но и питало бы нарциссизм участников, а также их пропитанное всемогуществом ожидание немедленного удовлетворения. Скорее, установление климата оптимальной фрустрации может поддержать тонкое равновесие, которое необходимо для того, чтобы обеспечить достаточный уровень отклика на потребность алкоголиков и аддиктов в зависимости — до тех пор, пока они не окажутся способными постепенно интернализировать контроль над собственными деструктивными импульсами и эмоциями.

Задача ведущего группы заключается в том, чтобы обеспечить поддержание членами группы абстиненции, в то же время предоставив им возможность в достаточной мере испытать тревогу и фрустрацию, чтобы стимулировать выявление типичных деструктивных и дезадаптивных характерологических паттернов и стилей копинга. В то же время, требуется достаточная доля поддержки и удовлетворения, чтобы гарантировать отсутствие отыгрывания в группе (минимизация деструктивных трансферентных искажений и патологической проективной идентификации), и вне ее (уход из группы или возвращение к алкоголю или наркотикам в попытках справиться с болезненным аффектом) до тех пор, пока они не научатся справляться с неприятностями и стрессом более продуктивным образом.

Для того, чтобы добиться этого, ведущие должны быть активнее и щедрее на вознаграждения, чем при работе с неаддиктивными людьми. Акцент Ялома на сплоченности как на важном целевательном факторе приобретает дополнительное звучание при работе с этой категорией пациентов. Групповой климат, в котором поощряется понимание своего Я и себя по отношению к другим, поможет членам группы увидеть тот путь, который может вести человека от психологической уязвимости к употреблению алкоголя и наркотиков, и дальше — к зависимости от них. В более традиционной психодинамической групповой психотерапии, использующей теорию объектных отношений, задачей ведущего является помощь членам группы в проработке защитных механизмов, которые каждый из них использует, пытаясь справиться с тревогами, вызываемыми неприемлемыми или угрожающими формами объектных отношений в группе. Подобная тревожность часто связана с подсознательными инстинктивными влечениями, и задачей ве-

дущего обычно является интерпретация подобных защит и тревог. Однако, если следовать Кохуту (1977b) и теоретическим взглядам психологии самости, лучше не интерпретировать подобную тревожность или такое поведение как искаженное или неадаптивное, а помогать алкоголику или аддикту понять, что подобные реакции — следствие не нашедших должного отклика потребностей в отзывчивости Я-объекта, которые повторяются здесь-и-теперь в групповом взаимодействии. Этот подход, находящийся под сильным воздействием терапии и психологии Я, является гораздо более поддерживающим и вознаграждающим, и гораздо менее угрожающим или стыдящим, нежели традиционные подходы к лечению тех уязвимых мест, которые обычно присущи большинству алкоголиков и аддиктов.

Ведущий должен помнить, что интервенция, полезная для алкоголика, недавно вступившего на путь выздоровления, может быть абсолютно неподходящей для алкоголика на втором, третьем или даже десятом году трезвости. Ранние интервенции должны быть направлены на уменьшение отрицания алкоголика или аддикта, и одновременно должны избегать индукции слишком большого количества негативного аффекта слишком быстро. Фактически, нужно инициировать постепенный сдвиг, требующий от химически зависимого индивида холодного твердого взгляда на собственную патологию характера и на защиты, предохраняющие его от восприятия своих пораженческих поведенческих паттернов (то есть, употребления алкоголя и наркотиков). В конце концов, они должны научиться иметь дело с межличностными конфликтами без того, чтобы полагаться на химикаты, смягчающие или регулирующие аффект. В групповом лечении алкоголиков и наркоманов существуют уникальные черты, о существовании которых ведущий должен знать, если хочет, чтобы целительные силы группы были успешно использованы. Все лечебные факторы (Ялом, 1985), существующие в любой хорошо проводимой группе, будут доступны компетентному и хорошо обученному ведущему. Однако, важно, чтобы последний делал на некоторых из этих факторов больший акцент, чем на остальных. Некоторые из нижеперечисленных целительных сил особенно важны во время ранней фазы лечения алкоголиков и людей, злоупотребляющих другими химическими препаратами:

1. Позитивная поддержка равных и давление, заставляющее воздерживаться от алкоголя и наркотиков;
2. Взаимная идентификация и возможность узнать, что они не одиноки и не уникальны в своей борьбе с навязчивой одержимостью химическими препаратами;
3. Возможность лучше понять свои собственные установки и отрицание аддикции, благодаря шансу столкнуться с похожим отношением и похожими защитами у других алкоголиков и наркоманов;
4. Обучение на опыте и обмен фактической информацией, передающей идею о том, что абстиненции всегда сопутствует приоритет, отдаваемый самоидентификации в качестве алкоголиков или наркоманов;
5. Идентификация, сплоченность, надежда и поддержка обеспечиваются структурированным и упорядоченным пространством, с ясно обозначенными границами и соответствующими последствиями их нарушения. Это помогает людям, злоупотребляющим химическими препаратами, должным образом разделять то, за что они ответственны (т.е., первый глоток), и за что не ответственны (т.е. аддикцию как болезнь);
6. Химически зависимым индивидам предоставляется возможность лучше осознать, как их межличностный психологический стиль мешает их способности устанавливать удовлетворяющие, здоровые и близкие отношения с другими.

Этот последний пункт особенно важен, поскольку редко встречаются злоупотребляющие веществами люди, не имеющие либо расстройства характера, либо такой его патологии, которая приносит им постоянные сложности в межличностных взаимоотношениях. Трудности в формировании и поддержании здоровых отношений особенно важны, поскольку невозможность их установить — основной фактор, приводящий к срывам и возвращению к употреблению химических веществ. Как пишут Ханзян, Халлидей и МакОлифф (Khantzian, Halliday и McAuliffe, 1990): «Если изначально человека приводит к лечению употребление наркотиков, то лечение характера приводит не только к тому, что человек бросает наркотики, но и к глубоким переменам в восприятии себя и мира... В конечном итоге, мы видим путь к выздоровлению от аддикции в лечении расстройства характера» (стр.3).

Лечение патологии характера, или дефицита самости (Я) и психической структуры (Kohut, 1977b) становится долгосрочной конечной целью групповой психотерапии по целому ряду причин. Кохут и другие теоретики объектных отношений видят в аддикции состояние, являющееся результатом неверно направленных попыток самолечения дефицита психической структуры. *Уязвимость самости* является последствием провалов развития и депривации в раннем окружении. Злоупотребление препаратами как попытка самоисправления только обостряет это состояние из-за физической зависимости и дальнейшего ухудшения физиологической и психологической структуры. Хронический стресс, воздействующий на существующие внутренние структуры, ведет к увеличивающимся трудностям в регулировании аффекта, поведения и заботы о себе, усиливая характерологическую патологию.

Следовательно, аддикт и алкоголик всегда будут склонны к компульсивному, obsессивному и аддиктивному поведению, постоянно заменяя одну аддикцию (наркотики, алкоголь, секс, азартные игры, работу, еду или извращения) другой до тех пор, пока уязвимые места в структуре Я не будут исправлены и восстановлены. Исправление и реставрация Я могут быть осуществлены только в целительных, здоровых отношениях. Обычно бывает необходимо обеспечить индивиду постоянное и последовательное, питающее, отражающее и поддерживающее окружение, способное контейнировать негативные, деструктивные импульсы и управлять ими, одновременно предоставляя человеку возможность идентифицировать, интернализировать и инкорпорировать более здоровый набор интроектов и внутренних объектных репрезентаций.

Однако, как только психическая структура исправлена и восстановлена, она (как и любой живой организм) может поддерживаться только в том случае, если ей обеспечено окружение, в котором она находит заботу, питание и возможность расти и цвести. Это условие может быть выполнено, только если алкоголики и злоупотребляющие иными химическими веществами пациенты научатся поддерживать и устанавливать здоровые близкие межличностные отношения вне терапевтической среды. Поскольку отношения тоже могут стать компульсией и аддикцией, члены группы нуждаются в том, чтобы получить опыт и ощутить себя в отношениях с другими, чтобы лучше и полнее понять, какой именно вклад они вносят в собственные трудности в межличностной сфере. До тех

пор, пока эта задача не выполнена, продолжительное отсутствие удовлетворяющих и полноценных отношений в их жизни оставит незаполненным внутренним вакуум, делает их восприимчивыми и подверженными поиску деструктивных внешних источников удовлетворения и ощущений (т.е. наркотиков, секса, еды и т.д.), которые помогают им отразить болезненный аффект, постоянно угрожающий овладеть ими.

Стратегии лечения на поздних стадиях

Как только ведущий смог квалифицированно использовать силу и рычаги группы для того, чтобы помочь алкоголикам и наркоманам постепенно интернализировать ответственность за воздержание от алкоголя и наркотиков, он должен постепенно начинать подводить членов группы к признанию тех внутренних факторов, которые привели их к склонности использовать факторы внешние (т.е. наркотики, алкоголь, секс, еду и проч.) в качестве способов регулирования аффекта и удовлетворения. Это требует от членов группы исследования и понимания связи между употреблением наркотиков, своей патологией характера и своей неспособностью сформировать здоровые, удовлетворяющие, близкие отношения. Подобное понимание требует от членов группы способности взглянуть на свое прошлое и на свою раннюю историю в родительской семье холодным, твердым и честным взглядом.

Поскольку большинство алкоголиков и злоупотребляющих веществами людей происходят из дисфункциональных и алкогольных семей, неудовлетворительные и дисфункциональные отношения являются для них нормой. В большой мере это происходит благодаря опыту лишений раннего детства, подпитываемого мотивом навязчивого повторения, который влечет их к воспроизведению дисфункциональных межличностных стилей снова и снова в настоящем. Вследствие этого, они обычно очень плохо выбирают, или, силой проективной идентификации, подсознательно принуждают других к такому же поведению и к такому же обращению с ними, какое было в их прошлом.

Именно в сфере межличностных отношений, проживаемых в «здесь и сейчас» терапевтической группы, ее члены начинают получать проблески понимания того, как они сами участвуют в повторении своего прошлого в настоящем. Как говорит Алонсо (1985), «Членам группы нет необходимости говорить о своих проблемах

в группе, они будут иметь их!». Используя групповую обратную связь и поддержку, члены группы могут начать идентифицировать и осознавать свои тонкие (или не тонкие) разрушительные межличностные стили.

Члены зрелой, сложившейся группы, которые смогли соблюсти дистанцию между настоящим моментом и моментом своей последней выпивки или последнего приема химических веществ, способны больше получить и большему научиться при использовании стратегии, фокусирующейся на обменах здесь-и-сейчас между членами группы. Поскольку возросшая трезвость и абстиненция избавляет их от озабоченности по поводу прекращения приема наркотиков и тяги к ним, они становятся способными вынести менее богатый вознаграждениями и более требовательный подход. Конечная цель группы на данный момент — помочь им развить здоровые межличностные навыки в группе — так, чтобы они могли генерализовать и применить их вне группы, в «реальном мире». Они должны прийти к пониманию того, как устанавливать, подпитывать и смаковать взаимно удовлетворяющие отношения, не поддаваясь разрушительным импульсам, подрывающим их изнутри. Как предлагает Кохут и другие теоретики объектных отношений, ведущий должен помогать членам группы понимать, что все мы с рождения — существа, ищущие объект, и что влечение к формированию удовлетворительных отношений врожденно. Как предполагает Кохут (1984), ни один человек никогда не перерастет свою потребность в удовлетворительных отношениях, а исцеление в терапии достигнуто тогда, когда человек оказывается в состоянии установить здоровые отношения вне терапевтического окружения.

Модель Ялома и психология самости (self-psychology)

Одним из применений психологии самости (Я) в лечении зависимостей в формате групповой терапии является понятие о двух уровнях, существующих одновременно в каждом межличностном взаимодействии любого члена группы. Первый — это внешнее взаимодействие между участниками и теми людьми, с которыми они общаются во внешнем мире. В то же самое время, существует внутреннее взаимодействие, испытываемое и проигрываемое ими в своем внутреннем мире. Каждый из уровней взаимодействия

оказывает влияние на другой. Внешнее взаимодействие накладывает отпечаток на внутренние представления о себе и об объектных отношениях, в то время как внутренний мир окрашивает, искажает восприятие и влияет на людей во внешнем мире, заставляя их вести себя или действовать теми способами, которые «соответствуют» подсознательным проективным ожиданиям. Каждый из уровней взаимодействия должен признаваться, если ведущий и участники хотят полностью понять динамику, характерную для каждого индивида в группе.

В то время как модель взаимодействия по Ялomu оказывается лучшей систематической моделью для понимания и объяснения внешнего поведения членов группы, то теория объектных отношений и психология самости обеспечивает наилучшее объяснение ненаблюдаемых внутренних переживаний участников, связанных с внешними событиями, происходящими здесь и сейчас в группе. Групповой формат в большей степени способен выполнить эту задачу, поскольку он предоставляет множество ключевых элементов, недоступных в индивидуальной терапии. Групповая терапия обеспечивает аддиктам гораздо более широкий спектр индивидуальностей, от которых те могли бы зависеть, или на которых могли бы направить свой гнев. В силу численности групповой формат разбавляет интенсивность чувств, которые непременно активизируются в любых тесных межличностных отношениях, и которые должны быть проработаны, если предстоит характерологическое изменение. В то время как этот процесс, похоже, оказывается слишком угрожающим для отношений один-на-один, группа дает более безопасное поддерживающее окружение, предоставляющее аддиктам больше «пространства», и в то же время позволяет им встретиться с интенсивным чувством враждебности и амбивалентности, с которыми им неизбежно придется иметь дело по мере того, как будет всплывать на поверхность их потребность в одобрении, зависимости и заботе. Обычно большинство наркоманов и алкоголиков не может вынести стимуляции «объектного голода», или своей собственной тоски по зависимости, активируемой в индивидуальной терапии так же, как и в любых близких взаимоотношениях. Как подчеркивает Коссефф (Kosseff, 1975), группа может стать своеобразным «переходным объектом, который предохраняет пациента от интенсивного страха зависимости от терапевта, поскольку эта зависимость переносится на группу. Группа несет в себе степень сво-

боды или поддержки, которую не могут обеспечить диадические отношения, и в то же время служит буфером против слишком сильных чувств фрустрации и страха наказания в случае, если участник будет функционировать автономно» (стр.237).

Клинический пример поможет проиллюстрировать последнее утверждение.

Мэри, выздоравливающая наркоманка, почти два года сохраняющая абстиненцию, довольно хорошо прогрессировала в своей терапевтической группе, в которую она попала вскоре после выхода из стационарной программы A&D. Наряду с непосредственными комфортными отношениями, которые ей удалось установить в группе, у нее быстро развился идеализирующий перенос по отношению к женщине-ведущей. Жадно ловя каждое ее замечание, она радовалась любому проявлению внимания и поддержки с ее стороны. Ее восхищение вдруг резко прекратилось после почти года участия в группе, когда ведущая поддержала наблюдение другого участника о том, что Мэри нетерпима к любому проявлению несогласия с ней. Мэри взорвалась от ярости, крича, что «ее достали люди, предающие и обвиняющие ее», обращая большую часть своего гнева на ведущую. Все попытки сдержать ее и проинтерпретировать происходящее, предпринятые ведущей, оказались тщетными. Однако, Мэри оказалась в состоянии добиться некоторой поддержки от других членов группы, которые выразили свое понимание ее чувств, поскольку сами чувствовали нечто подобное по отношению к некоторым другим людям в их жизни, что смягчило Мэри. После этого эмоционального взрыва прошло немало недель, в течение которых Мэри отказывалась даже взглянуть на ведущую, не говоря уже о том, чтобы заговорить с нею. Единственными ее комментариями в течение следующих двух месяцев были бормотания о том, что она хочет покинуть группу, поскольку «больше не чувствует себя здесь в безопасности». Однако, эмоциональные связи Мэри со многими людьми в группе были достаточно сильными, чтобы она смогла откликнуться на их призывы остаться, на их слова о том, что они беспокоятся и заботятся о ней и будут скучать без нее, если она уйдет. Так что Мэри продолжала регулярно посещать сес-

сии, фактически все более и более свободно взаимодействуя со всеми остальными членами группы, в то же время оставаясь несколько настороженной и дистанцированной от ведущей. Постепенно она смогла вовлечься во взаимодействие и с последней, и даже благоприятно отозвалась на некоторые из ее интервенций. В конце концов, однажды она рассказывала группе о споре, произошедшем с ее руководительницей на работе. Она посмотрела прямо на ведущую и открыто призналась: «Ты знаешь, мне кажется, что я искажала ее замечания и реагировала чрезмерно бурно, точно так же, как на твои слова пару месяцев назад».

Интерпретации не требовалось. Группа предоставила ей безопасное, поддерживающее окружение, а участники снабдили ее достаточным количеством «хороших объектов» для связи с ними до той поры, пока она не сможет проработать интенсивные чувства переноса на ведущую, олицетворяющую интернализированную в качестве плохого объекта родительскую фигуру. Если бы члены группы не смогли обеспечить ей достаточной безопасности своей поддержкой, она, вполне возможно, бросила бы терапию или обратилась бы к прежним источникам удовлетворения (алкоголю или наркотикам).

Обычно алкоголики или наркоманы не могут вынести враждебности, которая со временем проявляется в любых отношениях, и вследствие этого прерывают их, испугавшись собственного гнева, возможности быть покинутым или возмездия. Поскольку группа представляет собой более безопасный «переходный объект» или поддерживающее окружение, она позволяет наркоманам или алкоголикам достичь сносных взаимозависимых отношений с другими членами группы без калечащего вмешательства их собственного гнева, зависимости или страха близких отношений с терапевтом. Группа помогает создать безопасное пространство между аддиктом и терапевтом. В конце концов, благодаря своей потребности нравиться и быть с другими, они могут идентифицировать и интернализировать более стабильный набор внутренних репрезентаций, скроенных по образцу ведущего и других членов группы. Группа предоставляет альтернативу деструктивному наркоманскому окружению, которое до настоящего момента преобладало в их жизни. Постоянная доступность группы также мо-

жет выполнять успокоительную функцию для ее членов, когда бы у них ни случился кризис. Группа обеспечивает своих членов набором различных объектов, от которых они могут зависеть или на которые они могут направить свой гнев, и позволяет им встретиться с амбивалентностью, характерной для взаимоотношений, позволяя не чувствовать серьезной угрозы потери или чрезмерной близости каждых отношений в отдельности.

Терапия внутреннего структурного дефицита

Кристал (Krystal, 1982) не соглашается с точкой зрения Кохута на то, что неспособность алкоголика обрести радость в самоутешении может быть излечена в процессе «преобразующей интернализации». Во многом товарищество АА позволяет этому происходить. Кристал не согласен с тем, что трудности алкоголиков и наркоманов связаны с дефицитами структуры самости. Он считает, что эта проблема возникает из-за «торможения, являющегося результатом ошибочного приписывания этих функций объекту, а не Я-репрезентации» (стр.611) Он считает, что эти люди видят себя жертвами детских лишений и ожидают от терапевта обеспечения их недостающей любовью, веря в то, что все будет хорошо и славно, если этого достичь. Кристал видит состояние алкоголиков и наркоманов следующим образом: «Если ты любишь меня, ты заставишь меня чувствовать себя хорошо; следовательно, пока не все совершенно и я не чувствую себя счастливым и благостным, ты меня не любишь». Он добавляет также, что «эти пациенты горько сожалеют о прошлом и требуют, чтобы терапевт перемотал назад ролик их жизни и все там поправил» (стр.611).

Кристал прав в своих оценках их требований и ожиданий, но чего он не может понять, так это реальности пережитых ими лишений. Их потребности не были встречены поддерживающим, эмпатическим Я-объектом. Вот что заставляет их искать недоступного и постоянно подтверждать свое мнение о том, что мир отвергает их и несправедлив к ним. Кристал верит, что это иллюзии — нечто такое, что, по всей вероятности, фабрикуется ими самими. Такая позиция не коррелирует с теорией развития Малер, которая в сущности является моделью депривации. Очевидно, что алкоголики и наркоманы искажают объекты в своем внутреннем мире и воспринимают других как неспособных к эмпатии и неблагодарных. Именно поэтому терапевт, занимающий невозна-

граждающую и недирективную позицию, провоцирует такой гнев у химически зависимых людей. Подобная неэмпатичная позиция терапевта вновь разжигает болезненные воспоминания об архаичных Я-объектах, которые подвели их в прошлом.

Кристал прав также и в своих указаниях на то, что их ожидания нереалистичны и никогда не смогут быть удовлетворены или исполнены. Именно к этому пониманию химически зависимый человек должен со временем прийти и принять его. Он должен признать, что поиск тщетен, и подчиниться этому пониманию. В терминологии АА, он достигает дна. Затем он должен принять тот факт, что ни один человек не может дать ему то, чего он хочет, и что только он сам ответственен за выполнение трудной задачи построения структуры посредством интернализации двенадцати шагов программы АА. Вот почему АА и групповая терапия работают там, где терпит неудачу индивидуальная терапия. АА и группа становятся заменителями Я-объектов или переходными объектами, позволяющими выздоравливающим индивидам идентифицировать и интернализировать те аспекты, которых недостает их структуре. Я-объектные искажения, спровоцированные слишком сильной идентификацией и слишком большими ожиданиями от одного индивида, минимизируются, и каждому человеку предоставляется достаточно времени и пространства для растворения трансферентных искажений. На языке АА это звучит так: «Вместе мы сможем то, с чем я не справлюсь в одиночку».

Кристал не до конца понимает все последствия событий, происходящих в раннем детстве. Если поведение родителей является отвергающим, полным гнева или преследующим, то ребенок, неспособный отказаться от внешнего объекта, поскольку ему нужны его родители для выживания, не может изменить свою внешнюю реальность, потому что он слишком беспомощен и зависим. Следовательно, он справляется со своей фрустрацией и разочарованием путем интернализации любимого-ненавистного родителя. Таким способом ребенок пытается обрести контроль над объектом в своем внутреннем психологическом мире. Эти отношения любви-ненависти подавляются и остаются в качестве интроекции, психологической репрезентации во внутреннем мире ребенка. Это эмоциональные отношения между Я и интернализированным внешним объектом, но не чувства как таковые. Интроекции становятся частью структуры личности.

Чем в более раннем периоде жизни возникает такое расщепление и интроекция, тем более болезненным и фрустрирующим становится внешний мир. Например, алкоголики склонны видеть других людей либо абсолютно хорошими, либо абсолютно плохими. Когда абсолютно хороший объект неизбежно разочаровывает их, они выходят из себя от того, что их опять обделили. В таких случаях алкоголики вынуждены или воспринимать такие объекты как абсолютно плохие, чтобы сохранить свою собственную абсолютно хорошую интроекцию, или воспринимать самих себя, как абсолютно плохих, не заслуживающих хорошего объекта. У них может возникнуть сильное желание слиться с хорошим объектом, но при сближении они чувствуют себя загнанными в ловушку, что побуждает их немедленно отдалиться. Алкоголики воспринимают окружающих только с точки зрения своих интроекций или отрицаемых отщепленных черт. Взаимоотношения с внешней реальностью не только бессознательно интерпретируются в свете внутреннего мира алкоголика, в результате чего возникают искаженные ожидания, но алкоголик также предпринимает бессознательные попытки изменить близкие отношения таким образом, чтобы они совпадали с внутренними ролевыми моделями.

Если родители ведут себя подавляюще и критично, то впоследствии ребенок попытается заставить окружающих его людей превратиться в критичные и подавляющие объекты, с тем, чтобы его внешняя реальность совпала с его внутренним миром. Взаимоотношения принимают форму третьей сущности и интроецируются. Ребенок растет в атмосфере критики и подавления. Став взрослым, он продолжает подавлять и критиковать сам себя. В своих взаимоотношениях он воспринимает окружающих как подавляющих и критичных людей, постепенно заставляя других соответствовать своим внутренним представлениям о них.

Лечение интроекций

Как утверждает Кохут, структура психики формируется по мере того, как младенец и родитель, не поняв сигналы друг друга, пытаются вновь достичь более совершенного взаимопонимания. Понятия «достаточно хорошего материнства» и «оптимальной фрустрации» играют важную роль в позиции, занимаемой терапевтом в процессе лечения. Именно тогда, когда пациент и терапевт пытаются преодолеть препятствия в своих взаимоотно-

шениях и нехватку взаимопонимания, происходит процесс созревания и закладывается основа психической структуры. Хотя быстрее и фундаментальнее всего структурализация идет в раннем детстве, личностное развитие — это процесс, продолжающийся всю жизнь. Терапевтической задачей становится пройти по тонкой границе между оптимальной фрустрацией с одной стороны и оптимальной тревожностью с другой. При этом необходимо обеспечить химически зависимому пациенту ровно столько удовлетворения, сколько нужно, чтобы он не прекратил лечение.

Поскольку алкоголики и наркоманы не выносят технической нейтральности, им необходим активный терапевт, который предоставит им определенный уровень удовлетворения. Они должны быть уверены в том, что их врач к ним не безразличен. Тем не менее, полная поддержка и удовлетворение не приведут к интернализации, коррекции интроекций и созданию структуры. Этот процесс требует, прежде всего, достижения эмпатического понимания пациента, а затем донесения этого понимания до последнего. Для этого необходим терапевт и ведущий группы, который сможет преодолеть непонимание и добьется разрешения конфликтов. По мнению Basch, «Только те ошибки, которые не были проанализированы, ведут к катастрофическим последствиям (1980, стр. 101).

Индивидуальная терапия обычно не приводит к успеху в работе с алкоголиками и наркоманами. Традиционные сеансы с глазу на глаз вызывают слишком много трансферентных искажений и зачастую приводят к тому, что сам терапевт чувствует себя фрустрированным и побежденным. По крайней мере, на ранних стадиях процесса выздоровления, индивидуальная терапия воспринимается наркоманами и алкоголиками как слишком угрожающая. Они не могут вынести стимуляции своих зависимых устремлений, а также не в состоянии справиться с враждебностью, которая неизбежно возникнет и будет угрожать непрерывности создавшихся взаимоотношений. Тем не менее, алкоголики и наркоманы должны сформировать в себе способность общаться с окружающими на значимом уровне. Им необходимо помочь в достижении адекватных зависимых взаимоотношений, не подверженных негативному вмешательству их собственной враждебности и страха перед близостью. Только под влиянием своего собственного желания доставить удовольствие другим и быть рядом с окружающими алко-

голик может идентифицировать и сформировать более стабильный интернализированный набор ценностей, повторяющий модель, которая была предложена теми, кто пытается ему помочь.

Как же можно интернализировать этот потенциал здоровых отношений? Групповой подход и методы программы Анонимных Алкоголиков эффективны в силу ряда причин. Прежде всего, из-за количества членов терапевтической группы или группы АА, такая обстановка разрежает интенсивность чувств, которые в противном случае становятся слишком насыщенными (в ситуации один на один с терапевтом). Таким образом, алкоголик или наркоман может распространить свои привязанности на нескольких людей. Группа дает алкоголикам и наркоманам возможность справиться с интенсивной враждебностью и амбивалентностью в своих взаимоотношениях, предоставляя в их распоряжение ряд лиц, от которых они могут зависеть, или на которых они могут направить свой гнев. Таким образом, угроза страха зависимых пациентов перед близостью, враждебностью и зависимостью становится менее актуальной. Таким образом, структура группы и ее взаимоотношения с программой АА позволяют поддерживать защитный механизм расщепления ровно столько, сколько это необходимо. Подобным эффектом обладает и реакция ведущего группы, который своей твердой, но, тем не менее, не враждебной способностью принять на себя гнев может заложить основу будущим идентификациям.

Группа и программа АА могут предоставить альтернативу привычному образу жизни алкоголиков и наркоманов, проводящих время в барах и на улице. Именно такая альтернатива может удовлетворить их потребность в переходном объекте, таким способом создавая возможность для возникновения более стабильного и адекватного ощущения постоянства объекта. Постоянное присутствие группы и программы АА служит для успокоения химически зависимого пациента в критические моменты, когда бы они ни возникли.

Именно в такие моменты группа и программа АА могут стать готовым катализатором изменений в жизни химически зависимого пациента. Примерно так же, как край одеяльца или плюшевый медвежонок помогает младенцу, терапевтическая группа или программа АА помогает пациенту начать трудоемкий процесс движения к автономии и сепарации. Группа может стать переходным объектом для наркомана или алкоголика, если он пытается эман-

сипироваться от своей симбиотической связи с наркотиками или алкоголем, а также со своим Я-объектом.

Коссефф (Kosseff, 1979) приводит обзор переходных свойств группы в этом процессе интернализации.

1. Группа является материальной репрезентацией взаимоотношений между пациентом и терапевтом. Тем не менее, пациент остается защищенным от интенсивной зависимости от терапевта, поскольку эта зависимость переносится на группу.
2. Группа вносит определенную степень отделения от терапевта и предоставляет пациенту комбинацию поддержки и свободы, которую не могли бы предоставить взаимоотношения, возникающие в рамках индивидуальной терапии.
3. Группа защищает пациента от слишком интенсивного чувства фрустрации и страха перед наказанием за самостоятельные действия. Группа предоставляет своим членам поддержку в качестве альтернативы зависимости от определенного объекта.
4. Группа обеспечивает наличие «пространства между» терапевтом и пациентом, и дает возможность последнему применять творческий подход в заполнении этой свободной области. Пациент может использовать группу по своему усмотрению, делая свои отношения с терапевтом более расслабленными или более интенсивными, и расщепляя свою трансферентную идентификацию по мере необходимости.
5. Группа служит сопровождением для пациента в его попытках справиться со своими интернализованными абсолютно плохими объектами.
6. В качестве «достаточно хорошей, стимулирующей среды», группа, с одной стороны, является заменой терапевта, а с другой стороны, исключает возможность контроля как в отношении терапевта, так и с его стороны.
7. По мере того, как с помощью группы пациент избавляется от своих внутренних искажений образа терапевта, он обретает способность дифференцировать реальность от искажений. Границы между ведущим и пациентом становятся более твердыми.
8. В качестве переходного объекта, группа способствует формированию реального Я, и помогает пациенту овладеть этим Я, экспериментируя с объектами новыми способами. Выражение и получение сочувствия, ободрения, понимания и самоутверждения в группе приводит к высвобождению импульсов, и

у пациента развивается способность к более близким взаимоотношениям.

Таким образом, ценность группы в качестве переходного объекта заключается в том, что группа способствует развитию процесса идентификации. Она помогает алкоголику и наркоману (1) перейти от набора интернализированных расщепленных образов своего Я к более однородной Я-репрезентации путем идентификации с другими членами группы; (2) отказаться от восприятия частично-го объекта как целого объекта (то есть, когда терапевт воспринимается в качестве абсолютно плохого объекта); и (3) преодолеть страх быть побежденным ведущим, путем постепенного понимания, достигаемого с помощью других членов группы, что этого не может произойти, поскольку тот не настолько могуществен, и поскольку они, разделяя ведущего с пациентом, не дают пациенту удовлетворить свое стремление к слиянию. Коссефф (1975) обобщает этот процесс следующими словами:

«Группа помогает пациенту избавиться от примитивных идеализаций терапевта и его всемогущества, открывая ему глаза на реальность и на его недостатки. Поскольку пациент способен справиться с таким менее позитивным отношением к терапевту, он способен и «поменяться с ним местами», и увидеть себя в более положительном свете. В рамках индивидуальной терапии пациенты подвержены тенденции не замечать различий между своим собственным представлением о терапевте и его реальными свойствами, а члены группы нивелируют усилия пациента по постоянной патологической идентификации с терапевтом или с ними самими, заставляя его признать, а постепенно и принять свое отличие от других людей. Относительное молчание терапевта в рамках индивидуальной терапии может способствовать таким патологическим идентификациям, тогда как очевидное поведение группы и взаимодействие между ее участниками заставляют пациента объективно признать существование отличий. Полностью заблокированная, тупиковая идентификация с терапевтом, отказ от реального объекта и замена его интернализированным, возможно, идеализированным объектом, а также отказ от реальных возможностей своего Я в пользу фальшивого податливого Я, уступают место признанию своего Я хорошим и отдельным от других. По мере того, как снижается

опасность слияния и жертвенности по отношению к терапевту, у пациента возникает надежда и возможность сепарации и истинной индивидуации» (1979, стр. 237).

Часто случается так, что даже после завершения лечения алкоголик выражает желание возвращаться для отдельных посещений занятий, в особенности если возрастает тревога. В таких случаях пожизненная доступность программы АА является еще более четкой иллюстрацией такой переходной функции. Многим пациентам сложно полностью оторваться от программы АА, и они стремятся поддерживать постоянный контакт с ней. Они обретают в АА постоянный источник уверенности, что вызывает одобрение со стороны сообщества АА. Таким образом можно различить, как развивается чувство самоодобрения, которое можно назвать постоянством объекта. Процесс, который не был завершен в детстве, может возобновиться в более поздние годы, по мере того, как сама программа берет на себя материнские функции, сначала как переходный объект, а затем, после интернализации ряда ценностей программы, как источник постоянства объекта.

Профессионалы зачастую с подозрением и беспокойством относятся к тому, что пациент полагается на программу АА. Некоторые ее критики выражают опасение, что наркоман или алкоголик может стать излишне зависимым от программы. Очень часто высказывается предположение о необходимости подготовить пациента к тому, чтобы «увидеть мир таким, какой он есть». С точки зрения внутренней жизни наркомана и алкоголика, возникновение такого зависимого поведения свидетельствует о значительном изменении в положительном направлении. Очень жаль, что так много специалистов рассматривают такой ход событий в отрицательном свете. Если алкоголик не может обойтись без людей, которые участвуют в программе АА, это уже большая удача. Такой поворот событий часто является первым признаком того, что у алкоголика появилась способность к личным взаимоотношениям, которые помогут ему признать свою потребность в помощи и найти новых людей, с которыми он может идентифицироваться. Это длительный процесс, и такие пациенты постепенно достигают здоровой независимости.

С этим принципом здоровой зависимости от других непосредственно связано созревание нарциссизма в определении Кохута.

Алкоголики и наркоманы обычно бывают нарциссически ориентированы. Они полагаются на свое грандиозное «я», что отражается в системе ценностей, выражаемой алкогольной и наркотической субкультурами. Таким образом, существует потребность в терапевтическом принципе, который разрушит нарциссические фиксации алкоголика или наркомана, способствующие увековечению заниженной самооценки. Кроме того, необходимы и принципы терапии, которые будут способствовать развитию здорового нарциссизма. Таким образом, лечение должно создавать идеализированную привязанность к программе, которая позволит пациенту находить здоровое удовлетворение своим нарциссическим потребностям. Полезно, если алкоголик или наркоман восхищается ценностями, выражаемыми философией программы, в которой он принимает участие. Хорошим примером в данном случае является программа АА, поскольку ее ценности так часто с энтузиазмом поддерживаются пациентами, и так часто вступают в прямую конфронтацию с принципами, которых придерживается алкогольно-наркотическая субкультура. Идеализируя ценности своей терапевтической группы или программы АА, алкоголики и аддикты не только меньше очаровываются употреблением алкоголя и наркотиков, они еще и испытывают искушение зависеть от тех, кого они идеализируют. Поскольку эти новые объекты обожания более надежны и гораздо более эмпатичны, чем их друзья-наркоманы или собутыльники, а также чем ранние родительские фигуры, у алкоголиков и наркоманов возникает желание рискнуть и позволить себе положиться на другое человеческое существо. Именно в такой атмосфере зарождается надежда и вера в то, что личностные изменения возможны, и что с помощью новых объектов идентификации разовьются более адаптивные паттерны взаимоотношений.

Групповая терапия и ВДА

По мере того, как групповой терапевт все больше и больше работает с алкоголиками и людьми, злоупотребляющими химическими веществами, он начинает понимать, что многие из членов их групп выросли в семьях, где один или оба родителя были алкоголиками. В конце концов, ведущий начнет обнаруживать, что у такого же количества членов группы имеется непропорционально высокое количество супругов или значимых других, также выросших в семьях с родителями-алкоголиками. Аддикции, похоже, оказываются ха-

рактерной чертой целых семей. Если человек сам не пристрастился к химическим веществам, то его тянет к тем людям, которые пристрастились. Поскольку высока вероятность того, что алкоголики и злоупотребляющие химическими веществами люди участвуют в созданных по образцу АА двенадцатишаговых программах (т.е. Взрослые Дети Алкоголиков (ВДА), Ал-Анон, Со-Зависимость), ведущий вскоре обнаружит, что большая часть жаргона и понятий будет переплетаться в процессе лечения и выздоровления. Следовательно, ведущему важно ознакомиться со сходствами и различиями тех ВДА, которые сами пристрастились к употреблению химических веществ, и тех, кто этого не сделал. Каждый тип, как правило, проявит несколько отличный от других набор динамик, требующих различных стратегий лечения. В то время как алкоголики или наркоманы, выросшие в алкогольной семье, будут, скорее всего, отыгрывать свои трудности и демонстрировать неприкрытую патологию характера, неаддиктивные индивиды, выросшие с родителями-алкоголиками, скорее всего, будут затаиваться и скрывать свою психопатологию от других. Следовательно, будучи детьми, они, скорее всего, казались «хорошими» и оставались незамеченными школьными учителями, консультантами и семейными терапевтами. Результатом их хорошо усвоенной способности прятать свою внутреннюю боль и конфликты становится то, что, будучи взрослыми, они оказываются не замечаемыми другими и находят себя в помогающих профессиях.

Аддикция и семья

Алкоголизм и злоупотребление химическими веществами теперь считается состоянием или болезнью, оказывающей влияние на всех членов семьи (Gitlow, 1973; Jellinek, 1960; Johnson, 1973). Дети, растущие в семье с зависимым родителем, скорее всего, испытывают продолжающееся воздействие подобного опыта еще долгое время после того, как стали взрослыми и покинули свою родительскую семью. Общее мнение (Brown и Beletsis, 1986; Cermak, 1984; Kristbergh, 1985) говорит о том, что индивиды, выросшие в небезопасном, хаотичном, дисфункциональном алкогольном доме, имеют тенденцию развивать общие симптомы и характеристики в результате подобного общего опыта. Эти симптомы и характеристики стали общеизвестными и идентифицируются под общей рубрикой «Взрослые Дети Алкоголиков» (ВДА).

Утверждение, что ВДА является строгой диагностической единицей, пока еще открыто для дебатов. Чермак (Cermak, 1984), к примеру, явственно чувствует, что это лишь ярлык, а не диагноз, и он неоднократно проделывал попытки прояснить те чрезмерные обобщения, которые допускают многие авторы, пишущие на эту тему. Фактически, литература о ВДА испытывает большое влияние анекдотического, клинического, импрессионистического и личного опыта авторов. Большинство хороших эмпирических исследований недостает способности ясно идентифицировать набор черт и характеристик, ясно отличающих ВДА от других индивидов, выросших в дисфункциональных, но неалкогольных семьях. Однако, несмотря на нынешнее отсутствие обширных эмпирических свидетельств в поддержку этого ярлыка, все возрастающий процент населения самоидентифицируется как ВДА. И если и существует некоторое несогласие об общности этиологии ВДА, есть и свидетельства в поддержку возможности того, что многие, если не все, индивиды, выросшие в алкогольном доме, будут обладать весьма сходным хаотическим опытом, зачастую оставляющим им сходное же искаженное ощущение себя и других.

Временами может казаться, что описание алкогольного дома как дисфункционального — почти тавтология. Эти две грани неотделимы друг от друга, если мы говорим о последствиях алкоголизма. Вырасти в алкогольной семье равнозначно тому, чтобы вырасти в дисфункциональной семейной системе. Важно помнить, что семейную систему разрывает не алкоголь или его потребление, а патологическое поведение и странные эмоциональные проявления родителей-алкоголиков, которые приводят к развитию в ребенке характеристик, обычно известных как черты ВДА.

Есть множество переменных (к примеру, возраст ребенка к моменту начала родительского алкоголизма, число сиблингов в семье, какой по счету ребенок, доступность суррогатных родителей, один или оба родители алкоголики и т.д.) — которые должны быть тщательно оценены, прежде чем можно будет с точностью утверждать, что все индивиды, выросшие в алкогольных семьях, будут носителями сходных характеристик. Возможно, точнее будет сказать, что детство, проведенное в дисфункциональной алкогольной семейной системе, способствует развитию определенного типа психопатологии у большинства людей, и что, как результат это-

го общего психопатологического опыта, многие индивиды будут проявлять сходные личностные стили и черты.

Последние исследования, проведенные Jagmas и Kazak (1990), обнаружили некоторые эмпирические свидетельства, подтверждающие предыдущие клинические впечатления о ВДА. Если использовать модель развития Блатта (Blatt, 1974), то можно обнаружить, что ВДА проявляют большую *интроективную депрессию*, нежели не-ВДА. В противоположность анаклитической депрессии, интроективная депрессия характеризуется более сильными чувствами вины, неполноценности, никчемности, и ощущением провала своих попыток соответствовать ожиданиям. Джармас и Казак пишут, что

«Модель развития Блатта предлагает гипотезу о том, что интроективная депрессия развивается тогда, когда ребенок интернализирует родительские образы (т.е. объектные репрезентации), являющиеся фрагментарными и амбивалентными, и когда ребенок не может разрешить противоречий между этими образами. Испытывая страх утраты родительской любви и принятия, такой ребенок может проявлять чрезмерную самокритику и чувство вины как способ поддержания эмоционального контакта со своим интернализованным родителем». (1990, стр.245).

Часто идентифицируемые характеристики ВДА

Можно лучше всего понять ВДА, если их самые распространенные характеристики рассматривать в рамках теории развития объектных отношений (Bowlby, 1980; Mahler, 1979, Wood, 1987). Наиболее распространенные характеристики, выделенные из обзоров литературы по этому вопросу, таковы:

1. ВДА являются компульсивными попечителями, чья самооценка проявляется в потребности сохранять контроль и в стремлении брать на себя чрезмерную ответственность за других.
2. ВДА являются индивидами с преобладанием чувства стыда. Они доходят до крайности в стремлении выглядеть хорошими, вести себя правильно и избегать привлекать к себе внимание.
3. ВДА недостает стабильного чувства Я (self), и они склонны к податливости, адаптивности и хамелеонству в своих отношениях с людьми.

Податливость в группе

Ведение группы, составленной полностью из ВДА, поставит перед ведущим ряд совершенно уникальных трудностей. Прежде всего, среди них будет склонность ВДА чувствовать, действовать и вести себя так, как, согласно их восприятию, хочет ведущий. Поскольку им пришлось развить в себе гипербдительность для определения степени трезвости и настроения родителя-алкоголика, то они становятся чрезвычайно искушенными в восприятии тончайших намеков от окружающих и в использовании их в качестве предписаний для своего поведения, действий и утверждений. Наряду с их податливостью, адаптивностью и хамелеонскими качествами, присутствует и глубокий страх и стыд при мысли о том, чтобы проявить свои чувства. Целая жизнь, прошедшая в обучении тому, как свои чувства скрывать, как вести себя соответственно и как контролировать свои действия, поставит ведущего перед очень вежливой, зависимой, напуганной и покладистой группой, которая будет делать все возможное, чтобы никого не задеть и не расстроить, а особенно ведущего. Осложнением этого процесса станет тенденция ВДА рассеивать любой аффект путем чрезмерного употребления ярлыков и лозунгов, которые они заучили в двенадцатишаговых программах. Ванничелли (1991) призывает ведущего помогать ВДА исследовать использование ярлыков в определении себя, прося их быть более конкретными и детальными при описании собственного поведения. Например, Ванничелли терапевту задавать следующие вопросы: «Что ты имеешь в виду, когда говоришь, что ты ВДА?», или «Когда ты описываешь это как свое типичное ВДА-поведение, можешь ли ты рассказать группе, что в точности это означает?»

Контроль в группе

Контроль — наиболее часто идентифицируемая характерная черта ВДА (Ackerman, 1979; S. Brown, 1988; Whitfield, 1987). Чермак и Браун (1982) называли контроль самым непреодолимым источником трудностей членов своих групп. Страх потерять контроль и оказаться под контролем был главным и первостепенным. Доверие к другим было затруднено, поскольку большинством членов групп ВДА виделось это как передача контроля другим, что «заставляло их чувствовать себя более тревожными и уязвимыми». Ответственность за себя и других рассматривалась как способ сохранения

контроля, а также поддержания самооценки. Подобное чрезмерное чувство ответственности вносит свой вклад в то, что Боулби (1958) описывает как «компульсивную заботливость». Такое поведение позволяет ВДА контролировать, и в то же время поддерживать некий дух межличностного контакта. У ВДА обычно большие трудности с тем, чтобы позволить себе оказаться получающей стороной, если речь идет о любой эмоциональной поддержке. Взаимно удовлетворяющие и близкие отношения столь же сложны для них, как и для алкоголиков и злоупотребляющих химическими веществами, хотя и по диаметрально противоположным причинам. Алкоголики и наркоманы обычно берут и неспособны к отдаче, тогда как ВДА — дают и не могут брать.

Стратегии лечения в группе

Большая часть лечебных стратегий, предложенных для долговременной терапии алкоголиков и аддиктов, о которых речь шла ранее в этой главе, применимы и к ВДА. Обе группы испытывают чрезвычайные сложности в установлении удовлетворяющих близких отношений. До тех пор, пока ВДА не станут способны выполнить эту задачу, они будут уязвимы перед своей навязчивой потребностью быть ответственными и сохранять абсолютный контроль. Так же, как алкоголики и злоупотребляющие химией уязвимы перед своей навязчивой потребностью в алкоголе или наркотиках. Однако, между этими двумя группами существует важное различие. Алкоголики и наркоманы скорее будут отыгрывать и, посредством проективной идентификации, вызывать у ведущего гнев и враждебность. ВДА скорее склонны действовать вовнутрь (to act in), браня, упрекая и осуждая себя за любой недостаток или неудачу. Они используют проективную идентификацию скорее для того, чтобы вызвать у ведущего ощущение некомпетентности и провала, все время заставляя его больше стараться, прилагать все больше усилий, становиться доступнее — только для того, чтобы вновь потерпеть неудачу и почувствовать схожее разочарование в себе и своих способностях.

Помогая ВДА отказаться от своей абсолютной потребности в контроле и ответственности, вы беретесь за трудную задачу, поскольку зачастую это — единственный источник идентичности и чувства собственной ценности, который когда-либо был в их жизни. Большинство ВДА испытывают мощные амбивалентные чув-

ства в отношении власти, пожалованной им в виде роли суррогатного супруга, наперсника или замещающего родителя, когда они были детьми. Из-за все ухудшающейся дееспособности родителя-алкоголика их часто толкают на уникальный в своем роде обмен ролями, и они становятся родителями своих родителей. Это особенно верно для старших детей в семьях алкоголиков. Следовательно, отказаться от этого будет не только трудно, но и болезненно, и стыдно.

ВДА и стыд

Описание Алонсо и Рутана (1988) групповой терапии как предпочтительного способа терапии стыда требует добавления некоторых дополнительных линий при работе с этим контингентом по нескольким причинам. Прежде всего, среди них — интенсивность и глубина стыда, который обычно испытывают дети, если их родитель — алкоголик. Дети не только интернализуют свой стыд, но они чувствуют себя загрязненными и ответственными за презрение сообщества и за позор всей семьи. Как пишет Хиббард (Hibbard, 1987): «Воспитание одним или более алкоголиками создает множество возможностей быть пристыженным ими в смысле иррациональной нарциссической травматизации, и это не уникально только для алкоголизма. Что уникально... так это глубокое чувство стыда за них, и сращение (или взаимонаправленность) этих стыдящихся Я- и объект-репрезентаций, сливающихся на разных стадиях психической структурализации» (стр.784).

Как говорит Райс (Rice, 1988): «Если исцеление чувства вины — прощение, то исцеление стыда — принятие». Однако принятие можно пережить только если (и тогда), когда чувство стыда и события, послужившие причиной его активации, или привнесшие в это свой вклад, открыты другим «при свете дня». Стыд, по определению, предполагает, что нечто должно оставаться спрятанным. Проявление, дающее возможность ощутить принятие со стороны других, становится критически важным. Иногда выдвигаются аргументы о том, что подобную задачу легче осуществить в изначально приватной обстановке индивидуальной терапии. Но, как убедительно показали Алонсо и Рутан, именно поэтому так выгодно сделать это в контексте группы. Во-первых, это снимает негласное предположение о том, что этот маленький грязный секретик никогда не должен быть разделен с другими, а будет надежно пря-

таться ото всех, за исключением нескольких избранных, которые «обучены понимать». Второе и, пожалуй, самое главное — группа обеспечивает ВДА возможность прочувствовать глубоко запрятанные постыдные аспекты самого себя посредством идентификации с другим человеком, который делится таким же постыдным опытом, как и они. Принимая в другом то, что они не смогли бы принять в себе, они получают мост, позволяющий им пережить принятие других. Принцип, согласно которому, прежде чем человек может быть исцелен, он должен знать, что может помочь исцелению другого человека — это то, что Сирлз (Searles, 1973) определяет как «терапевтический симбиоз». Подобный опыт и осознание зачастую возможны только в групповой психотерапии. Это — душа и сердце процесса исцеления, и не только для ВДА, но и для алкоголиков и злоупотребляющих химическими веществами.

Глава 12.

Характеристики ведущего

Существует большое количество переменных, влияющих на успешность групповой терапии. Среди множества воздействий, оказываемых на группу, ничто не сравнится по степени влияния и важности с такой неуловимой материей, как качества ее ведущего. Наиболее важные, неосязаемые, неспецифические воздействия, которые делают групповую терапию успешной, имеют отношение скорее к личности терапевта, нежели к тому, что он делает. Сказанное не означает того, что техники, образование и опыт не способствуют положительному результату. Любые формы успешной психотерапии (и индивидуальной, и групповой) невозможны без этих факторов, которые могут быть освоены студентом в процессе обучения. Неспецифические факторы удачной терапии включают в себя такие важные неосязаемые параметры, как заботливость, чувствительность и эмпатия. Возможно ли обучить кого-то способности находить в себе глубокий источник крайней заинтересованности и подлинного уважения к другому человеческому существу, если он не обладал этими личностными качествами до того, как приступил к интенсивному курсу обучения, чтобы стать компетентным профессионалом?

В своей книге «Искусство целителя» Эрик Касселл (Eric Cassell, 1985) поднял этот важный вопрос и призвал врача и терапевта сохранять свою роль целителя, который, по существу, является тем, кто видит пациента холистически, целостно, без выделения болезни в качестве отдельной сущности. Касселл настаивает на том, чтобы ведущий группы, терапевт и врач осознавали те воздействия, которые все формы болезни оказывают на пациента. С его точки зрения, заболевание вызывает ощущение отделенности, потерю чувства своего всеведения и возможности контроля. Эти сложности хорошо известны большинству компетентных и опытных групповых ведущих, но их зачастую трудно донести до терапевтов в процессе их обучения и тренинга. Фактически, Касселл спрашивает, возможно ли научить чувствительности. Он предлагает попытаться это сделать, несмотря на постоянно повышающиеся требования к техникам, теории и технологии.

Сегодня в лечении алкоголизма и наркомании проявляются те же самые проблемы, что и во всех областях медицинской помощи. Всё больший акцент ставится на технологичности, на методиках работы с большими группами, на многомиллионных (в долларах) объединенных цепочках госпиталей с периодически переводимым туда-сюда персоналом, бюрократической структурой и множеством специальностей — все эти факторы направлены на недопущение близких отношений между терапевтом и пациентом. Касселл, как и другие до него (например, Ялом, Полстер, Гулдинг, Орнштейн и Кохут) напоминает о важной вещи: если мы собираемся полнее извлечь пользу из этих технических новшеств и усовершенствований, нужно вернуть или оздоровить необходимую человеческую связь между пациентом и тем, кто обеспечивает ему уход и лечение.

Ценности ведущего группы

Ценности ведущего группы являются интегральной частью его (её) индивидуальности. И хотя то, что ценности и характеристики терапевта оказывают важное влияние на успех лечения, уже достаточно хорошо документировано, исследования в этой области ограничивались неаддиктивной популяцией. Короткий обзор этих исследований будет представлен позже в данной главе, несмотря на то, что этот материал не относится исключительно к групповой терапии алкоголиков и аддиктов. Большая часть этой информации может быть генерализована на все формы лечения, и, в частности, доказала свою полезность для ведущего группы аддиктивных пациентов. Характеристики терапевта даже более значимы при лечении злоупотребляющих алкоголем и наркотиками в связи с особыми обстоятельствами, связанными с двойным эффектом — самой групповой терапии и общих характеристик аддиктивного пациента. Во-первых, групповая терапия является намного более активным и построенным на взаимодействии способом лечения, чем индивидуальная. Вследствие этого, личность ведущего играет намного более значительную роль в удачном исходе лечения. Во-вторых, аддиктивный пациент нуждается в живом, воодушевляющем и активном ведущем. Прежде чем рискнуть предложить правдоподобное объяснение, почему это могло бы быть так, приведу один короткий пример из опыта автора на национальной конференции по проблеме алкоголизма с участием Ирвина Ялома и Отца Мартина, который поможет это прояснить.

В конце конференции, после того, как и Ялом и Отец Мартин представили равно превосходные, но совершенно несхожие однодневные мастерские, участники и ведущие были приглашены на «неформальный» вечер. Отец Мартин пришёл рано и вскоре после своего появления привлек довольно большую группу людей, которые сели вокруг него в «неформальный» кружок, смеясь, шутя и обмениваясь историями с очаровательным, похожим на гнома священником. Многие участники конференции были выздоравливающими алкоголиками и аддиктами (как и Отец Мартин, знаменитый своим обаянием, шармом и харизмой), и они очень стремились побыть с ним. Отец Мартин не разочаровал их, так как было очевидно, что он искренне наслаждался их компанией, и ему нравилось обмениваться анекдотами об алкоголизме, выздоровлении и духовности. Ялом прибыл пару часов спустя и тихо обошел приёмный зал, не замеченный множеством участников конференции. Наконец, он остановился и вежливо заговорил с несколькими людьми, которые интересовались его бестолковыми (obtuse), но всё же стимулирующими комментариями по поводу экзистенциальной психотерапии. Ялом был мил и учтив, но становилось очевидно, что участникам было слегка некомфортно в его присутствии. Временами он был немного неловок в социальном взаимодействии со многими из них. Зачастую маленькие группки людей могли, указывая «в направлении Ялома», тихо говорить между собой. Это выглядело так, словно они хотели приблизиться, но отходили подальше или вовлекали друг друга в разговор, делая вид, что пытаются глубже проникнуть в идею. Было очевидно, что что-то в Яломе пугало их, и, не сознавая этого, он не делал ничего для устранения их дискомфорта. Через полчаса или около того Ялом собрался уходить. Однако, он остановился ненадолго у собрания в углу комнаты, из которого периодически слышались громкие взрывы смеха. Он изумлённо взглянул, отчасти с любопытством, на католического священника, который занимал собравшихся историями и шутками. Поколебавшись немного, он вышел из комнаты так же тихо, как и вошёл. На один миг я перехватил взгляды обоих, и их разные личностные стили поразили меня своим ярким контрастом. Я задался вопросом: который из них мог бы добиться большего эффекта в лечении алкоголиков и аддиктов? Добрый, тихий, вежливый человек и пронцательный интеллектуал или харизматичный, обаятельный, очаровательный эльф с искря-

щимися глазами и заразительным остроумием? Разумеется, каждый из них в равной степени мог предложить что-то важное. Но на кого выздоравливающий алкоголик или аддикт отреагирует лучше? В конце концов, основываясь на этом опыте, было очевидно, что особенности Отца Мартина гораздо более привлекательны для алкоголиков, чем те, которыми обладал Ялом.

Различные личностные характеристики, продемонстрированные Яломом и Отцом Мартином, представляют собой важную переменную в лечении аддиктивных пациентов. Во многих случаях особенности, олицетворяемые Яломом, для определённого типа пациентов будут предпочтительными. Разумеется, индивиды, которых преследуют навязчивые страхи, нуждающиеся в более инсайт-ориентированном подходе к лечению, будут испытывать трудности с терапевтом типа Отца Мартина. Достоверно подтверждён тот факт, что определённые пациенты лучше реагируют на определённый тип терапевта. То, насколько подходят друг другу терапевт и пациент, является, фактически, одним из самых существенных для удачного лечения факторов, и исследование этого феномена будет приведено позже в этой главе. Тем не менее, один терапевт не может быть всем для всех пациентов, как бы изощрен и харизматичен он ни был. Существуют определённые характеристики терапевта, которые с большей вероятностью вызовут положительную реакцию и у алкоголика, и у аддикта. Из-за природы характерологического дефицита, который обычно наблюдается у аддиктивных пациентов, предполагается, что характеристики, которые олицетворяет собой Отец Мартин, скорее произведут позитивный эффект, нежели те, которые представляет Ялом.

Из-за того, что так много аддиктов и алкоголиков страдает от характерологического дефицита, который обычно наблюдается при нарциссическом и пограничном состоянии (см. Главу 6), они должны постоянно бороться с чувствами скуки, омертвения и пустоты, которые грозят захлестнуть их.

Один кокаиновый аддикт очень точно описывал свою потребность получать некоторое возбуждение или «толчок» в своей жизни, так как без этого он ощущал себя мёртвым или пустым:

«Вы знаете, док, как чувствуют себя ваши ноги, когда они «онемели», пробыв в одном положении слишком долго — так, что в них прекращается кровообращение? Вы внезапно встаете и чувствуете, будто ваши ноги омертвели. Вы должны по-

топать ими по земле и побить их кулаком, чтобы начать снова чувствовать их. Вот что такое для меня кокаин. Без него я чувствую себя мертвым, как будто у меня нет кровообращения. Кокаин даёт мне толчок, удар, который помогает мне стать живым».

Многие терапевты не до конца сознают воздействие своей личности или системы ценностей на аддиктов и алкоголиков, старающихся найти некий альтернативный стиль жизни, который позволит им заполнить пустоту или преодолеть внутреннее омертвление. Аддикты и алкоголики подозрительны к тем, кого они воспринимают как мёртвых или пустых, в то время как те пытаются заставить их принять свои ценности. Большинство главных ценностей, присущих профессионалам среднего класса (т. е. откладывание удовольствия, контроль импульсов, рациональное мышление, тяжёлая работа, ответственность, и т. д.) не являются такими же ценностями для большинства алкоголиков и аддиктов. В то время как профессиональный терапевт может смотреть на употребление алкоголя и наркотиков как на уход, аддикты и алкоголики видят свои отношения с алкоголем и наркотиками в совершенно ином свете. В отличие от профессионала, чья позиция зиждется на том, что наркотики и алкоголь — для тех, кто не может справиться с реальностью, аддикты считают, что реальность — для тех, кто не может справиться с наркотиками. Зачастую аддикты или алкоголики смотрят на многих профессионалов, как на унылых, мертвых или боязливых людей, которые не могут выносить собственного возбуждения из-за своей зажатости и безжизненности.

Аддикты и алкоголики часто придерживаются ценностей и стилей поведения, чуждых многим профессионалам, не имеющим подобных дефектов характера. Импульсивность, спонтанность, активность и возбуждение часто осуждаются профессионалами, как формы «отыгрывания», которые необходимо обуздать или модифицировать в процессе лечения. Для аддиктов и алкоголиков это компромисс, которого надо избежать любой ценой, потому что для них это — продажа своей души в обмен на состояние безжизненности, скуки и омертвления. Следовательно, терапевты имеют дело с пациентами, которые зачастую считают их унылыми и аспонтанными субъектами, которые продали свои души, чтобы «преуспеть» в мире.

Эта ситуация может еще осложниться, если терапевт придерживается позиции технической нейтральности. Нереагирующий терапевт активизирует бессознательные страхи уничтожения и небытия, связанные с примитивными идентификациями. Трансферентные искажения усиливаются, и аддикт вспоминает об унылых, безжизненных и дистантных родительских фигурах, которые пытались заставить его оправдывать свои ожидания. Соппротивление, следовательно, повышается, когда алкоголики и аддикты вынуждены взаимодействовать с терапевтом таким же образом, как им приходилось обращаться со своими не реагирующими родительскими фигурами. Вот почему им нужен сильный, возбуждающий Я-объект, способный их наполнить или стимулировать — так же, как это делают наркотики или алкоголь. Пассивный, не возбуждающий терапевт будет восприниматься ими лишь как еще один плохой объект, отказывающийся, скучный и безжизненный. Аддикты ищут того, кого они могли бы идеализировать, модель или воплощение того, кем они могли бы быть. Если межличностные отношения могут их стимулировать, и они могут отождествиться с позитивными взглядами волнующего, живого терапевта, то они будут более позитивно реагировать на лечение. Это особенно важно на начальных стадиях лечения, потому что позволяет установить рабочий альянс. Аддиктам нужен кто-то волнующий и живой, кто будет служить образцом для них в их собственных попытках борьбы с опустошенностью и апатией, грозящими их поглотить.

Мастерсон (Masterson, 1981) в своей работе о пограничных пациентах выражает сходное мнение о важности личных качеств терапевта. Динамиками терапевта, которые, как считает Мастерсон, мешают эффективной терапии, являются: пассивность, компульсивность, подчиняемость и зависимость. Пассивный терапевт противоречит потребности пациентов в активной, реальной личности, которая может помочь им увидеть разницу между реальностью и ее внутренним искаженным образом. Субмиссивному (подчиняемому) терапевту нелегко конфронттировать пациентов, что приводит последних к мысли, что терапевту все безразлично. Компульсивный терапевт с большой вероятностью отреагирует гневом на гнев или отыгрывание ввне алкоголика или аддикта, поскольку, по мнению Мастерсона, компульсивность терапевта сама является защитой против его собственного гнева и потребности контролировать. Поскольку аддикты или алкоголики, которые

с готовностью соглашались бы с требованиями лечения, встречаются очень редко, то терапевта, который легко гневается или чувствует себя фрустрированным, если пациент не делает того, что он хочет, ждут большие трудности в работе с этой популяцией. Зависимый терапевт, который нуждается в одобрении пациента, рискует повторить часть проблем развития последнего. Пациентам в процессе лечения нужно достичь сепарации, индивидуации и автономии. Они не должны подвергаться осуждению, даже если не соответствуют в точности ожиданиям терапевта. Все описанные характеристики будут также мешать терапевту исполнять роль модели (внешнего объекта), которую пациент мог бы интернализировать.

Терапевт как личность

Эрв Полстер, Ирвин Ялом, Карл Витакер и многие другие теоретики пространно писали о важности терапевта как личности, способствующей достижению позитивного изменения в процессе терапии. Ялом предполагает, что к тому, что одни интерпретации срабатывают, а другие нет, приводят именно личные качества терапевта. Изменение происходит в результате интерпретаций, которые сделаны в рамках правильных отношений. Если пациенты чувствуют, что их контролируют, относятся к ним свысока или обращаются с ними, как с объектом, они не получают пользы от интерпретации. Любое толкование, даже самое красноречивое, будет бесполезным, если пациент его не услышит. Естественность, заинтересованность, принятие и эмпатия важнее всех технических соображений, поскольку именно отношения служат той плодородной почвой, в которой техники могут пустить свои корни.

Эрв и Мириам Полстер считают, что личностность (personhood) терапевта является одним из ключевых элементов, которые помогают достичь изменения в психотерапии. Самые прекрасные терапевты — возбуждающие люди. Они имеют доступ к широкому диапазону человеческих эмоций. Они могут быть нежными или жёсткими, серьезными или весёлыми, смелыми или уважительно деликатными. Если пациенты проводят с ними достаточно времени, то, как считает Полстер, эти черты будут видны. Их пациенты будут ощущать кого-то, кто знает, как принимать, пробуждать, терпеть и фрустрировать. В конечном итоге, они научатся уважению к тому, что это значит — быть человеческим существом, ко-

торое может встречать сюрпризы и приключения, не скрывая черт своего характера, когда они проявляются.

Карл Витакер и Том Малоун (1953) различают три типа терапевтов. Они называют их так: Не-Терапевт, Социальный Терапевт и Профессиональный Глубинный Терапевт. У каждого из них абсолютно разные функции в терапии. Витакер и Малоун детально описывают их различные роли.

1. Не-Терапевт

Включённый в эту группу будет профессиональным администратором и психиатром, чьи отношения с пациентом являются чисто деловыми. Не-терапевтический психиатр редко реагирует на ребёнка в своем пациенте; он не принимает его в действительности с точки зрения его потенциальных способностей. Его неестественное исполнение своей роли мало содействует росту пациента, хотя и может внести важный вклад в его (пациента) текущее приспособление. Не-терапевт отрицает потребности пациента, не отождествляет себя с ним, разве что в самом поверхностном смысле, и никогда сам не получал адекватной терапии. Не-Терапевт имеет доступ к своей собственной фантазии, но не способен сделать эту часть своей жизни доступной другим людям. Одним из самых частых примеров этой категории является психиатр, имеющий незавершенный психотерапевтический опыт и категорически решивший держаться подальше от любых подобных альянсов (Витакер и Малоун, 1953, стр. 136).

2. Социальный Терапевт.

В противоположность Не-Терапевту, Социальный Терапевт заставляет людей вокруг себя расти и развиваться. Он принимает потребности пациента и его фантазийную жизнь. Он может идентифицироваться с пациентом и его потребностями, и может пойти с ним в символическое переживание терапевтических отношений. В процессе этого он принимает на себя его проекции, позитивно реагирует на ребёнка в другой личности и вовлекает ее в «терапию», хотя и в обычных обстоятельствах, не через ядерную фазу терапии. Удовлетворяя потребности своих пациентов, он знает свои собственные ограничения, и часто будет направлять своих пациентов, которые нуждаются в более глубокой терапии, к профессиональному терапевту (Витакер и Малоун, 1953, стр. 136).

3. Профессиональный Глубинный Терапевт

Как и социальный терапевт, Профессиональный Глубинный Терапевт сам был пациентом и разрешил большую часть своих инфантильных трансферентных потребностей. Он может отождествляться со своими пациентами в специфическом смысле: видеть в пациенте его детскую самость, сохраняя при этом критическое осознание его ограничений в терапевтическом опыте. Как профессионал, он учится отделять свою терапевтическую функцию от собственной реальной жизни. Его мотивации должны иметь отношение к его собственным усилиям по воссозданию своего телесного образа, и, таким образом, он принимает терапевтический вектор в пациенте, как специфическую динамику в терапевтическом процессе. Он может провести пациента через терапевтический опыт, конструктивно помочь ему в символических отношениях, а также с отношением к нему как к личности. Благодаря личной мотивации в профессиональных отношениях, он погружается на достаточную глубину, чтобы использовать терапевтический потенциал каждого пациента. Таким образом, будучи терпеливым со своим пациентом, он усиливает его способность стать отдельной, растущей личностью (Витакер и Малоун, 1953, стр. 136).

Качества ведущего группы

Мартин Гротъон (Martin Grotjohn, 1983) описал некоторые качества ведущего группы, которые, как он считал, необходимы для эффективного группового лечения. Ведущий является самым важным в групповой терапии из-за того, что групповая терапия в большей степени, нежели индивидуальная, основана на динамиках взаимодействия. Гротъон перечисляет шесть важных качеств ведущего группы:

1. Надёжность
2. Спонтанность и отзывчивость
3. Доверие
4. Устойчивая идентичность
5. Юмор и креативность
6. Подверженность ошибкам

Надёжность

Ведущий группы должен быть надёжным. Участникам группы требуется устойчивая родительская фигура, чьё поведение предсказуемо и понятно.

Группы необходимо начинать и заканчивать вовремя. Участники группы должны уяснить, что если ведущий не поддерживает некоторое их поведение в первый раз, то, значит, он атакует такое же или очень похожее поведение и в следующий. Только так ведущий может завоевать доверие участников. Это в первую очередь требует, чтобы терапевт доверял себе. Единственный способ добиться этого — переживать жизнь во всей ее полноте. Он должен знать страх, тревогу, смелость и зависимость. Он не должен бояться любить, и ему не стоит чуждаться гнева. Ведущие групп должны обладать способностью, которую Карл Ясперс (Karl Jaspers, 1975) называет «неограниченной коммуникацией» или быть, как говорит Эрв Полстер (1981), «знатоком контакта». Они должны также иметь способность, которую Франц Александер (Franz Alexander, 1950) называет «динамическим рассуждением» — способность видеть своих пациентов не только в ситуации здесь и сейчас, но и то, как они стали такими, какими они являются в настоящее время. Ведущие групп должны слушать «третьим ухом», как это называет Теодор Риек (Theodore Riek), если они действительно хотят понять своих пациентов (цитата по Grotjohn, 1983, стр. 294). Тем не менее, хотя ведущим следует всегда стремиться к пониманию, они все же должны быть способны скорее переносить напряжение непонимания, чем навязывать свои собственные объяснения или интерпретации. Как говорит Риек: «Лучше не понять вообще, чем понять неправильно».

Спонтанность и отзывчивость

Пока у терапевтов в индивидуальной терапии есть некоторое время подождать, подумать и поразмышлять, подобно медлительному игроку в шахматы, ведущие групп должны больше полагаться на свои спонтанные ответы на многие ситуации и интеракции в группе. Гротъон сравнивает ведущего группы с дирижёром оркестра. Он не только руководит, но и играет центральную роль в представлении. Индивидуальный терапевт похож на критика, который сидит в зале и обладает тем преимуществом, что может встать, остановить музыку, дать свой комментарий, а затем сесть обратно. Ведущий группы, с другой стороны, не только интерпретирует, но и делает нечто такое, что показывает, что и как сделано. Для этого требуется, чтобы ведущий играл двойную роль и был в группе одновременно и участником, и наблюдателем.

Доверие

Нужно, чтобы ведущие групп не только обладали способностью доверять другим, но и испытывали базовое доверие к себе самим. Это означает, что они должны иметь способность выносить тяжелые переживания и отчаяние как в себе, так и в других. Однако, как замечает Эриксон, люди не могут сами развивать базовое доверие. Ведущие должны знать, как развивать и защищать доверие в группе, так как они обнаружат, что участники станут доверять группе больше, чем терапевту. Одной из целей терапии является восстановление доверия участников к своим товарищам по группе и к себе самим. Вера в других уменьшает нарциссическую озабоченность собой и учит участников заботиться друг о друге.

Доверие не подразумевает того, что надо просто быть приятным, добрым и принимающим. Оно требует готовности идти на риск и указывать на болезненные истины и на самообман. Оно включает в себя знание о том, что нельзя помочь пациенту, но можно повлиять на него. Этот вопрос является одним из регулирующих. Терапевт калибра Гулдинга, Ормонта или Полстера знает, когда поощрять, когда конфронтировать, а когда влиять. Избежать этого невозможно. Франк (1961) соглашается с тем, что «психотерапевты должны осознавать своё влияние на пациентов. С ним ничего нельзя поделать. Вопрос состоит лишь в том, использует ли терапевт свое влияние сознательно или бессознательно» (стр. 234). Как говорит Моделл (Modell, 1955), «было бы хорошо запомнить, что в любой терапии затруднения обычно возникают вследствие невежественного обращения с важными силами» (цитата из Франка, стр. 234).

Убеждение или влияние не означает, что санкционирована манипуляция, имеющая целью удовлетворить собственные интересы и потребности терапевта. Как много лет назад писал Кант, «к человеку никогда нельзя относиться как к средству, но только как к самоцели» (цитата из Durant, 1926). Как только пациент или участник группы становится только средством для определения того, чего стоит терапевт и насколько он искушен как практик, компрометируется истинная цель взаимности и помощи. Если улучшение у пациента или тот факт, что алкоголик или аддикт прекращает употребление химических веществ, становится важным лишь как отражение способностей терапевта, лечение скомпрометировано. Как писал Бубер (1964):

«Помощь без взаимной зависимости — это самонадеянность; это попытка совершить чудо. Психотерапевт, который пытается доминировать над пациентом, подавляет рост его благодати (blessing). Как только у помощника возникает желание, в какой бы то ни было неуловимой форме, доминировать или использовать пациента как-либо по-иному, чем требует лечение его болезненного состояния, так возникает опасность фальсификации, рядом с которой кажется невинным любое шарлатанство» (стр. 395).

Это иллюстрирует не только то, как можно манипулировать верой другого, но также демонстрирует нарушение одного из канонов экзистенциальной философии. Мартин Бубер (также, как и Ялом, и любой экзистенциально-ориентированный терапевт) поддерживает цель экзистенциальной терапии — помочь пациенту в осознании своего собственного потенциала для выбора и роста — потому что она аналогична ранним доктринам Хасидизма, которые говорят об уникальности и потенциале, которыми обладает каждый человек, и за осуществление которых он несет ответственность. Настояние экзистенциального терапевта на том, чтобы пациенты принимали активное участие в лечебном процессе, а не пребывали пассивными реципиентами, с которыми необходимо что-то сделать, является не только неотъемлемой частью экзистенциализма, но также составляет сердцевину АА и их философии лечения.

Как подтвердит большинство людей, работающих с аддикциями, добиться перемен в алкоголиках и аддиктах трудно. Принуждение, манипуляция, конфронтация, интервенция и убеждение являются важными и необходимыми техниками в репертуаре терапевта, если он надеется преуспеть в работе с аддиктивными индивидами. В то время как многие консультанты, работающие с аддикцией как болезнью, знакомы с использованием этих техник, те, кто не работает в этой сфере, часто содрогаются от применения подобного подхода к лечению. Тем не менее, как отмечает Джей Хейли (Jay Haley, 1976), манипуляция является интегральной частью человеческого взаимодействия и происходит вне зависимости от того, осознает ли и идентифицирует ли ее терапевт как таковую. Хейли и другие, таким образом, предлагают открыто идентифицировать подобный подход и понимать возможности его применения, вместо того, чтобы применять те же принципы по незнанию.

Все эти аспекты лечения аддикций — принуждение, манипуляция, интервенция и конфронтация — были подробно рассмотрены в Главе 9. Теперь необходимо исследовать связь между убеждением и качествами терапевта как достойного доверия лица. Это необходимо, так как элементы убеждения играют важную роль во всех формах психотерапии.

Психотерапия, фактически, рассматривается многими как тонкая форма межличностного убеждения (Франк, 1961). Тем не менее, убеждение (или его недостаток) в психотерапевтических отношениях не всегда ясно определимо. Большинство терапевтов соглашается с тем, что на убеждение влияет множество важных факторов, среди которых личные качества терапевта обычно признаются самыми важными. Опыт, надежность⁴, образование, преданность, ценности и энтузиазм являются атрибутами, которые вносят вклад в способность терапевта убеждать других. Понятно, что психотерапия, концептуализированная подобным образом, поднимает важнейшие вопросы ценностей, этики и ответственности в лечебном процессе. Пока не все соглашаются или признают присутствие убеждения в психотерапии, многие все же полагают, что убеждение является ее выдающейся чертой, вне зависимости от того, идентифицирована она или нет. Более того, есть предположение, что такие убеждающие влияния не зависят от доктринальных разногласий и могут быть усилены, если применяются в процессе групповой терапии алкоголиков или аддиктов. В руках опытного и этичного психотерапевта эти убеждающие влияния могут расширяться, и группа в этом случае может служить мощным инструментом выздоровления алкоголиков и аддиктов.

Более определенно эти вопросы необходимо исследовать в связи с замечанием о том, что обучение через действие (как в обществе Анонимных Алкоголиков) предпочтительнее, чем обучение путем обсуждения. Вот почему принцип АА «делай то, что говоришь» так эффективен. Он требует, чтобы выздоравливающий индивид «делал», а не только говорил. Членов АА, как и большинство хороших терапевтов, нельзя одурачить тем, что говорят алкоголики и аддикты. Им предлагается прийти на девяносто встреч за девяносто дней. «Приведи свое тело, и твой разум за ним последует».

⁴ английское «credibility» не имеет аналога-существительного в русском языке. Если бы оно существовало, оно бы было образовано от словосочетания «достойный доверия».

ет» говорят им. В сущности, это является другой формулировкой принципа Уильяма Джеймса, предложенного им много лет назад: если вы хотите изменить свою веру, действуйте так, как будто вы верите, и вскоре вы поверите в то, что делаете.

Устойчивая идентичность

Устойчивость ведущего позволяет участникам группы признать в терапевте лидера — реальную личность, а не порождение трансферентной фантазии. Устойчивая идентичность позволит терапевту быть открытым в отношениях с группой и ее членами, так, чтобы он мог быть родителем одному, другом другому, начальником третьему. Ведущие групп будут способны становиться множеством разных людей для различных участников и, тем не менее, сохранять устойчивую идентичность во всех ролях. Время от времени они могут становиться пустым экраном, чтобы вызвать трансферентные искажения, но в то же время они будут способны оставаться достаточно реальными и человеческими, чтобы развить рабочий альянс с группой и ее членами. Это требует, чтобы они были активными, но не настолько, чтобы доминировать над группой или ее отдельными участниками.

Устойчивая идентичность также поможет ведущему с его или ее собственными реакциями контрпереноса, позволяя группе в то же время использовать его для трех различных трансферентных решений:

1. Перенос на ведущего как на центральную фигуру (как в индивидуальной терапии).
2. Перенос на равных в группе, как среди сиблингов в семье.
3. Перенос на группу как целое, как на символическую мать.

Осмысливая тот способ, которым одаренные и хорошо обученные ведущие (такие как Ормонт, Рутан и Алонсо) ведут группы, важно помнить предположение Франка, что важной частью эффективности этих людей является их собственная уверенность в своих принципах работы. Исследование показало на фактическом материале, что часто дело обстоит именно так. Те терапевты, которые были сильнее всего увлечены и преданы своим способам лечения, по-видимому, внушали собственный энтузиазм своим пациентам в процессе лечения. Следовательно, принятие и уверенность в подходе терапевта к лечению требует принять некоторые из его предпосылок на веру, и для тех пациентов, которые способны на

это, метод данного терапевта может оказаться весьма эффективным.

И транзактный анализ, и гештальт-теория иногда критикуются за чрезмерно упрощенное объяснение личности, которое не столь сложно (как в теории объектных отношений, психологии Я или классической психологии Фрейда) описывает запутанность ее динамик. Возможно, что транзактный анализ, гештальт или даже Анонимные Алкоголики являются эффективными способами лечения как раз благодаря своей простоте и эмоциональной вовлеченности приверженцев данных подходов. Я не хочу сказать, что вся терапия может быть объяснена лишь плацебо-эффектом, но он может быть важной частью лечебного процесса.

Например, Уоллес (Wallace, 1978b) признает, что ценностью АА как лечебной модальности является то, что она помещает поведение алкоголиков в парадигму алкоголизма, а опыт алкоголика — в некоторую когнитивную структуру. Помощь алкоголику в достижении самоидентификации в качестве алкоголика и, следовательно, обретении системы, объясняющей ее или его поведение, является основной задачей терапевта. Франк (Frank, 1961) считает этот когнитивный компонент жизненно важной частью терапии.

«Во-первых, они обеспечивают когнитивную структуру, которая позволяет пациенту назвать свои симптомы и подогнуть их под причинную схему. Поскольку основные источники тревоги — это двусмысленность и страх перед неизвестным, то это, само по себе, может сильно уменьшать беспокойство пациента и увеличивать его уверенность в себе».

Ялом (1985) соглашается с этим, подчеркивая, что и катарсис, и инсайт являются необходимыми составляющими изменения. И, если Вы не получаете одного из компонентов, Ялом сомневается в том, что какое-либо изменение в таком случае сможет произойти.

По правде говоря, психотерапия пациента с этой позиции является в очень большой степени обучением тому, что Уоллес описывает как «экзотическое верование», в рамках которого истинная ценность описания того, что, собственно, произошло в жизни алкоголика (в нашем случае, алкоголизма) остается за кадром. Ялом пространно высказывается по этому спорному вопросу. Каждый из нас сохраняет те конструкты, которые важны для его выживания. Другими словами, наши защиты имеют серьезные причины для появления, и сензитивный терапевт не должен разрушать

их слишком быстро. Ялом писал о том, что ответственность имеет приоритет перед честностью. Честность ради честности — это чрезмерно ригидная позиция, которая не гарантирует терапевтического успеха. «Жизненная ложь», как описывает ее Ялом, иногда является весьма существенной для выживания, и разумен тот терапевт, который знает, когда устранять, а когда укреплять защиты.

Юмор и креативность

Зачастую лучшие терапевты — те, которые могут творчески использовать юмор. Например, и Гулдинг, и Полстер с энтузиазмом относятся к добродушному подшучиванию над собой и своими невротическими заморочками. Они демонстрируют это в своих тренинговых программах, и их мастерские также часто приправляются юмором. «Смех не затемняет сути дела — пишет Полстер, — часто он делает ее даже яснее и смазывает ход того, что по-другому превратилось бы в траурную процессию. Это — истина как для терапии, так и для обучения» (Polster и Polster, 1974, стр. 40). Творческое использование юмора также может помочь в коррекции трансферентных искажений, потому что, использованный должным образом, он приглашает группу взглянуть на своего ведущего как на целостную и реальную личность. Однако, юмор никогда не должен применяться для того, чтобы скрыть враждебность или ранить. Ведущий группы не должен сражаться с участниками за доминирование ради собственного нарциссизма, или чтобы показать свой блеск. Лучшие интервенции или интерпретации — не те, которые исходят от ведущего, а совершаемые самим пациентом или участниками группы. Лучше всего использовать юмор для поддержки честности, мужества и откровенности.

Креативность может принимать различные формы. Как подчеркивает Джером Франк (1961), личная установка ведущего группы часто является одним из самых важных качеств, которые могут быть в его репертуаре. Аналогично, среди других и Бергин (Bergin, 1971) в своем исследовании представил убедительное доказательство того, что личные характеристики терапевта — это самые важные факторы эффективного лечения. Тезис Франка, что психотерапия фактически является тонкой формой убеждения, принимает дополнительное значение, когда мы смотрим на соотношение персонального магнетизма терапевта и изменений в терапии. Бетлер (Beutler, 1979b) представляет доказательства того, что цен-

ности пациентов, их установки и убеждения изменяются в процессе психотерапии, и что в какой-то мере эти изменения связаны со степенью успешности терапии. Однако, эти ценности изменяются не случайным, а систематическим образом: успешный пациент обычно перенимает ценности своего терапевта.

Франк (1978) идентифицировал два параметра, которые вызывают у пациента ожидание помощи. Первый — это личный магнетизм целителя, который часто укрепляется его собственной верой в то, что он делает. Это совершенно очевидно в терапевтах калибра Гулдинга, Полстера, Ормонта, Рутана и Алонсо. Все они — возбуждающие люди, полные энтузиазма в отношении своего способа действия, и действительно верящие в то, что они могут помочь всем. Все они также являются харизматичными индивидами, и существует множество клинических доказательств, которые... «подтверждают гипотезу, что часть исцеляющей силы всех видов психотерапии принадлежит способности терапевта мобилизовать надежду пациента на облегчение» (Франк, 1961, стр. 62). Следовательно, часть успеха любого терапевта может быть отнесена к его или ее способности мобилизовать ожидание у пациента того, что это ему поможет. Как предполагает Франк, «Могущество терапевта основано на восприятии его пациентом как источника помощи, и оно тем больше, чем сильнее дистресс пациента». Франк отмечает также (1961):

«Другим источником веры пациента является идеология целителя или секты, которая предлагает пациенту объяснение (каким бы абсурдным они ни было), придающее смысл его болезни и процедуре лечения, и помещает целителя в позицию передатчика или контроллера впечатляющих целительных сил. В подобной ситуации он является аналогом шамана. Целитель может принять вид ученого, который обнаружил новые и мощные научные принципы исцеления, таким образом, окружая самого себя аурой того, что, будучи названо научным, вдохновляет членов современного западного общества» (стр. 60).

Следующий пример может помочь разъяснить это. В то время, когда я работал под супервизией Мери Гулдинг, я был терапевтом другого стажера на ее с Бобом программе в Маунт Мадонна. Я совершил интервенцию и проинтерпретировал динамику или пат-

терн, который, как я думал, демонстрировал мой «пациент». Тот быстро отверг мою версию, как неподходящую для себя. Тем не менее, когда Мери согласилась с тем, что это похоже на него, он быстро изменил свою жесткую позицию, и терапевтическая работа впоследствии возымела на него сильное воздействие, заметное в течение всего оставшегося месяца тренинга в Маунт Мадонна.

Подверженность ошибкам

От ведущих групп должны ожидать ошибок. Еще важнее то, что им должно быть позволено их делать. Они научаются тому, что, признавая ошибку, они не теряют своей позиции. Напротив, их центральная роль еще больше подтверждается человечностью их склонности ошибаться. Единственные непростительные ошибки — это злоупотребление своей позицией «старшего» по отношению к членам группы и неспособность выносить пациентов, медленно продвигающихся в лечении. Лечение алкоголиков и аддиктов — неподходящая работа для тех, кому требуется немедленный успех и впечатляющие результаты. Это — суть того, о чем открыто писала Дженет Малколм (Janet Malcolm) в своей книге «В архивах Фрейда» (1984). Малколм подчеркивает, что именно те психотерапевты, которые способны тащиться в подчас унылом, медленном темпе вместе со своими пациентами, являются наиболее успешными аналитиками. Те, у кого есть лишь блестящий, подвижный интеллект, часто не могут выносить неспособности своих пациентов двигаться в том же темпе, в каком они сами совершают открытия относительно их динамик. Такие психотерапевты могут легко ощущать фрустрацию и неудовлетворенность из-за отсутствия немедленного успеха в лечении.

Требование успеха и быстрых результатов может подтолкнуть некоторых терапевтов к избеганию осознания тех аспектов личности, которые могли бы продемонстрировать подверженность терапевта ошибкам. Существует по крайней мере несколько исследований, которые проливают свет на этот вопрос. Бетлер (1980) представляет некоторые предварительные наблюдения, показывающие, что те терапевты, которые воспринимают своих пациентов как более дисфоричных, эффективнее в достижении успешного результата лечения. Более того, те кто считает пациентов более сопротивляющимися, также добиваются большего успеха, нежели те, кто ощущает меньшее сопротивление. Оба этих фактора име-

ют большое значение в обучении и лечении. Возможно, что самые успешные терапевты в большей степени восприимчивы к сопротивлению и скрытой дисфории.

Хотя опытные ведущие групп (такие, как Ормонт и Гулдинги) могут разрабатывать сильно отличающиеся друг от друга модели терапии, в действительности в их подходах может быть больше сходства, нежели различий. Исследование в этой области (Франк, 1978) показывает, что тип отношений, предлагаемых терапевтами, определяется больше уровнем их опытности, нежели их теориями. Одна экспериментальная работа показала, что терапевты различных школ абсолютно согласны в вопросе о природе терапевтических отношений, и что опытные практики различных школ более согласны в этом, нежели молодые и старшие сторонники одного и того же направления. Более того, изучение записанных на пленку интервью показало, что опытные мастера различных школ создавали с пациентом более похожие отношения, нежели новички одной школы. Очевидно, практический опыт перекрывает разницу доктрин.

Как и предполагалось ранее, разногласия между Гулдингом и Ормонтом, возможно, существуют больше в теории, нежели в актуальном клиническом применении. Не так важно то, что делает каждый из них, как то, как они делают это. Все компетентные и хорошо обученные ведущие способны заставить интервенции работать, благодаря умению выбрать время и особенностям своей личности. Аналогично этому, в мистический иудейской традиции Хасидизма религиозный лидер (цадик) не был безличным вместилищем или посредником, через которого действовали высшие силы. Также не был он и великим ученым или средоточием религиозного разума (Vuber, 1955a, Корр, 1971). Скорее, как цадик, он первым делом был личностью в своем собственном праве: он помогал тем, кто доверял ему, и был способен помочь им только потому, что они ему верили.

Отношения между цадиком и его учеником были решающим фактором в его попытке оказать духовную помощь, так же, как это происходит в между терапевтом и пациентом. Личность учителя занимает место доктрины. Именно он (или она) является учителем. Как сказал один ученик цадика: «Я пошел к моему цадиком не для того, чтобы учиться у него Торе, а для того, чтобы смотреть, как он завязывает шнурки на ботинках». Таким же образом, есть

много участников групп, которые учатся, наблюдая за тем, как группа, ее ведущий и другие участники обращаются с собственным гневом, грустью, смущением и страхом в процессе терапии.

Указания и приоритеты для ведущего группы

Рутан и Стоун (1993) предприняли важные усилия по идентификации, организации и определению приоритетов среди множества ролей и задач, с которыми сталкивается ведущий группы. В своей попытке найти смысл в хаосе, который существует, пока лидер определяет, как осуществить вмешательство, они предлагают разделить возможные выборы на две категории. Одна — это *роль ведущего*, а другая — его *фокус*. Они представляют эти опции в виде континуума (см. схему 12.1 и 12.2).

Роли ведущего

Активность против пассивности

Как предполагают Рутан и Стоун, уровень активности ведущего будет определяться множеством факторов. Стадии развития, целевая популяция, цели, теоретическая ориентация, композиция группы и даже личность ведущего — все это влияет на уровень активности последнего. Как неоднократно утверждалось в этой книге, аддикты и алкоголики плохо реагируют на пассивных и закрытых ведущих. Однако, для них также не очень хороши чрезмерно контролирующие ведущие, чей стиль провоцирует конкуренцию, оценку и доминирование. Активность ведущего (особенно на ранних этапах выздоровления) необходимо направить на обеспечение устойчивых границ, ограничений и структуры группы, избегая искушения помериться силой с отдельными участниками. Пассивность ведущего с легкостью ложно истолковывают как свидетельство безучастности, отчужденности и слабости — всех тех качеств, которые с наибольшей вероятностью вызовут сильные трансферентные реакции, которые будут задерживать прогресс группы.

Схема 12.1. Роли ведущего группы

- | | |
|------------------------|-----------------|
| 1. Активность..... | Пассивность |
| 2. Прозрачность..... | Непроницаемость |
| 3. Удовлетворение..... | Фрустрация |

Схема 12.2. Фокус ведущего группы

1. Прошлое.....Здесь и Сейчас.....Будущее
2. Группа как целое.....Взаимодействие.....Личность
3. В группе.....Вне группы
4. Аффект.....Знание
5. Процесс.....Содержание
6. Понимание.....Опыт

Прозрачность против непроницаемости

То, насколько открытым следует быть терапевту, всегда определялось вопросом, — насколько полезным это будет для пациента? Как рекомендуют Рутан и Стоун: «Обычно следует открываться лишь настолько, насколько этого требует лечебный процесс» (стр. 130). Как правило, лучше избегать открытости или прозрачности, когда подобная реакция отражает собственные внутренние потребности ведущего или давление, оказываемое на него участниками группы. Запросы участников на получение персональной информации всегда следует анализировать, чтобы понять их корни. Ведущие групп, которые работают с алкоголиками или аддиктами, вскоре поймут, что это требование выдать личную информацию всегда концентрируется на их собственной истории употребления наркотиков и алкоголя, а также на опыте аддикции в их родительской семье. Избегать ответов на эти вопросы — значит, подвергать риску терапевтический альянс. В отличие от пациентов, прибегающих к помощи в связи с психическим заболеванием, алкоголики и аддикты вряд ли будут немедленно одаривать терапевта доверием лишь по причине его образовательного уровня и профессиональной подготовки. Частично это недоверие может быть результатом влияния более опытных участников двенадцатишаговых программ, которые призывают быть осторожными с «невежественными профессионалами». Однако, за большинством вопросов будет стоять страх и потребность увериться в том, что их поймут и им помогут. С того момента, как аддикты и алкоголики всерьез отождествляются с другими участниками программы, они часто чувствуют себя непосредственно понимаемыми и принимаемыми другими аддиктами. Ведущие групп должны помнить, что именно это обычно и является причиной, по которой пациенты требуют от них информации, касающейся личной истории отношений терапевта с алкоголем и наркотиками. Если ведущие

групп происходят не из семьи алкоголиков или не имеют личной истории аддикции, им не следует извиняться за это. Аддитивные пациенты более заинтересованы в знании о том, что они будут поняты, приняты и получают помощь, нежели в узнавании неких фактов из личной жизни терапевта. Что действительно важно, так это то, чтобы терапевт был способен говорить об этом прямо, не уклоняясь от ответа и не показывая дискомфорта, вызываемого этой темой. Такая позиция больше говорит участникам группы, нежели любая выдержка из личной истории.

Как отмечают Рутан и Стоун, вне зависимости от того, насколько жестко терапевт придерживается убеждения, что лучше не открывать личную информацию о себе — участники группы не могут не узнать многого о личных характеристиках ведущего. Хотя терапевты могут избегать раскрытия неких фактов о себе, они не могут избежать демонстрации себя как человека. Как пишут Рутан и Стоун:

«Не имеет значения, насколько сильно определенный терапевт пытается удерживаться вблизи «непрозрачного» полюса этого континуума, со временем участники многое узнают о нем. Будучи активно вовлеченным участником группы (хотя и в роли, отличающейся от роли простого участника), терапевт многое открывает невербально. Пациенты учатся читать язык тела и выражения лица; они знают, когда терапевт доволен, а когда нет. Нет необходимости или пользы для группового терапевта в том, чтобы быть «чистым экраном». Группа — это место интенсивных человеческих взаимодействий, и для терапевта часто невозможно (или бесчеловечно) избегать смеха в смешные моменты или не чувствовать подступающих слез, когда в группе царит печаль. Если терапевты эмпатически настраиваются на свои группы, они не имеют иммунитета против аффектов, которые захватывают всех. Именно благодаря преданности терапевта своим задачам, благодаря интересу, заботе и вниманию, благодаря способности использовать интроспекцию, выносить аффекты и двигаться вперед в терапевтической манере участники многое узнают о своем терапевте» (стр. 130-131).

Удовлетворение против фрустрации

Степень, в которой ведущий фрустрирует или удовлетворяет группу, является одной из постоянно доминирующих тем в лече-

нии аддикции. Алкоголики и аддикты нуждаются в определенном уровне удовлетворения в группе (и требуют его), если они собираются пережить лишение своего первичного источника вознаграждения, а именно — алкоголя и наркотиков. Поэтому самой полезной в помощи терапевту при определении, когда и как сильно необходимо вознаграждать аддиктивных пациентов, является точка зрения психологии Я. Аддикция, как ее определяет психология Я, является результатом депривации соответствующих развитию потребностей в вознаграждении. Алкоголь, наркотики, еда, секс и другие формы потенциально аддиктивного поведения являются попыткой самолечения. Аддикт и алкоголик пытаются получить снаружи то, чего они не могут обеспечить себе изнутри из-за недостатка, присущего их психической структуре. Это не значит, что терапевту следует «долюбить своих алкоголиков или аддиктов до здоровья». Это не только невозможно, но и антитерапевтично, поскольку это как раз то, что алкоголик или аддикт символически пытался сделать с помощью химических препаратов. Скорее аддиктивным личностям нужно научиться выносить фрустрацию без немедленного вознаграждения, поскольку именно через управление допустимыми уровнями фрустрации и закладывается психическая структура. Концепция *оптимальной фрустрации* определяет необходимую позицию ведущего группы при работе с алкоголиками и аддиктами. Как заявляет Анна Алонсо: «Группа работает лучше всего, когда она функционирует на наивысшем переносимом уровне тревоги» (1985). Если тревоги слишком мало, группа не обеспечивает стимулирующей атмосферы, которая необходима для того, чтобы задействовать способность участников справляться и адаптироваться. Слишком сильная тревога препятствует появлению необходимого доверия, безопасности и сплоченности, которые необходимы для открытости, исследования и проявления себя. *Оптимальное удовлетворение* означает, что ведущий помогает группе обеспечивать участникам достаточную подпитку или эмоциональную отзывчивость, пока алкоголики или аддикты не будут способны обеспечить их себе сами, без возвращения к старым способам получения немедленного удовлетворения. Группа, состоящая из начинающих выздоравливать, будет требовать больше вознаграждения, чем группа аддиктов и алкоголиков с большим стажем выздоровления.

Функции лидера

Прошое, настоящее и будущее

Все хорошо обученные и опытные ведущие групп хорошо знают, что концентрация на непосредственно происходящем здесь и сейчас вероятнее всего приведет к наилучшим терапевтическим результатам. Прошлое важно только в той степени, в которой оно влияет на то, что происходит в настоящем. В то время как текущие события всегда имеют приоритет в группе, они часто могут казаться смущающими и необъяснимыми, если не понимать их в контексте прошлого. Однако, исследовать прошлое в попытке обнаружить причины, которые могли довести человека до аддикции или алкоголизма, почти всегда непродуктивно. С другой стороны, может быть чрезвычайно важно понять, как прошлые ситуации или эмоциональные состояния могут привести к нынешнему употреблению алкоголя и наркотиков. Подобные методы являются решающими элементами стратегии профилактики срыва. Попытки объяснить, как события прошлого могли служить причиной начала употребления алкоголя и наркотиков, обычно бесполезны, особенно если это предприятие мотивируется явной верой и тайной надеждой, что это понимание позволит аддикту или алкоголику употреблять наркотики и алкоголь снова — что является тайным желанием любого алкоголика или аддикта.

Подобным же образом, чрезмерное сосредоточение на будущем может стать лишь другим способом ухода от того, что необходимо совершить в настоящем. Чрезмерный акцент на завтра может быть смертелен для аддикта или алкоголика, если только он не принимает форму некоторых структурированных поведенческих репетиций, имеющих целью уменьшить беспокойство и минимизировать неожиданности. Озабоченность аддиктов и алкоголиков будущим может стать источником неуправляемой тревоги и страха. Это особенно верно для тех пациентов, которые находятся на ранних этапах выздоровления. Наркотики и алкоголь обычно являются методами контроля этих неудобных аффективных состояний. Поэтому товарищи по АА постоянно напоминают начинающим выздоравливать аддиктам и алкоголикам о том, чтобы они оставались здесь и сейчас, живя «одним днем».

Группа-как-целое, Межличностное и Индивидуальное

Мастерство и искусство ведения группы обусловлено по большей части возможностью ведущего различать то, какой из уровней вмешательства (группы-как-целого, межличностный или индивидуальный) в данный момент принесет наибольшую пользу группе и ее участникам. Обычно вмешательства исключительно на уровне группы как целого, как в Тэвистокской модели, вызывают слишком сильную регрессию и не обеспечивают достаточного удовлетворения для алкоголиков и аддиктов. Тем не менее, разумное применение вмешательства на уровне группы как целого может быть неоценимым в то время, когда личные и групповые динамики, сталкиваясь, создают тупиковую ситуацию. Хотя индивидуальные интервенции являются абсолютно необходимыми время от времени (особенно на ранних стадиях выздоровления), они не должны использоваться слишком часто, ибо это не только делает группу зависимой от ведущего, но и лишает ее самой могущественной и полезной силы — взаимопомощи. Хотя обеспечение межличностного взаимодействия должно доминировать как цель усилий ведущего группы, состоящей из аддиктов, форма, которую это должно принимать, будет зависеть от срока выздоровления и стадии развития группы. В начале межличностные обмены нуждаются в поощрении для установления атмосферы поддержки, сплоченности и взаимопонимания. Схожесть проблем участников, их обстоятельств и переживаний должна доминировать в ранних интервенциях. Позже в группе (и позже в выздоровлении) межличностные взаимодействия должны выделяться как средства раскрытия того способа, которым интернализированные объектные отношения проецируются и отыгрываются во внешнем мире, с другими людьми. Групповая терапия в настоящее время становится сердцевиной лечения патологии характера, которая, в основном, доминирует в жизни алкоголика или аддикта. Теперь нуждаются в подчеркивании различия между участниками группы (скорее, нежели их сходство), что может помочь аддиктивным личностям справиться с ригидностью и мышлением типа «черное или белое, все или ничего», которое доминирует в их отношениях.

«В группе» или «вне группы»

Если ведущий группы признает важность «здесь и сейчас» и верит, что взаимодействие между участниками является решающим, сле-

довательно, акцент на переживаниях «в группе» будет отодвигать происходящее «вне группы». И хотя для описываемых участником событий «вне группы» всегда необходимо искать параллели, которые могли бы отразить избегаемые «внутригрупповые» темы, нужно, чтобы к важным «внегрупповым» событиям относились с тем интересом и заботой, которых они заслуживают. Это еще более важно для группы, состоящей из выздоравливающих алкоголиков и аддиктов. Опасность срыва — «внегруппового» события — всегда является важнейшим предметом заботы, поскольку лечение прекратится, как только аддикт или алкоголик вернется к наркотикам и алкоголю. Однако (так же, как и группа неаддиктивных пациентов), алкоголики и аддикты могут использовать «внегрупповые» события для целей сопротивления и дистанцирования от эмоционально насыщенных случаев «в группе». Это особенно верно в том случае, если ведущий позволяет аддиктивным участникам ускользнуть в «военные рассказы» времен употребления алкоголя и наркотиков под тем предлогом, что пересказ этих историй будет, так или иначе, способствовать их трезвости и выздоровлению. Луис Ормонт предлагает хороший способ для определения того, когда рассказываемый внегрупповой случай является сопротивлением, а когда — подлинной попыткой передать что-то эмоционально важное группе. Ормонт рекомендует ведущему обратить внимание на то, пересказывается ли это внешнее событие в скучной отстраненной манере, или рассказ эмоционально насыщен, вызывает сильные чувства, повышая отзывчивость других участников группы. Любое событие, случившееся вне группы, может иметь огромное значение для группы, если оно живо привнесено в непосредственность данного момента.

Аффект против познания

Все опытные терапевты знают, что существует серьезная разница между когнитивным и эмоциональным пониманием. Исключительное внимание к аффекту без познания или к познанию без аффекта, как правило, неэффективно. Квалифицированный практик знает, как их уравновесить и как различить, каким пациентам требуется на определенном этапе лечения больше одного и меньше другого. Оценка того, сколько аффекта нужно этому человеку в это время, требует особого рассмотрения, когда речь идет о работе с алкоголиками или аддиктами. Зачастую слишком много аф-

фекта слишком рано — это прямой путь к рецидиву. Тем не менее, существует множество исключений из этого правила. Иногда недостаточное высвобождение скрытых эмоций тоже очень легко приводит к срыву. Определить, кому из алкоголиков и аддиктов необходимо сдерживать свои эмоции, а кому их нужно выпускать, не всегда легко. Аффект какой силы является слишком сильным для этой личности в этот определенный момент выздоровления — это вопрос, требующий внимательного рассмотрения.

Клинический опыт и недавнее исследование предполагают, что катарсис особенно важен для некоторых аддиктов и алкоголиков на ранних этапах выздоровления. Условия стационара гарантируют, что его ограничения и режим предотвратят легкий доступ к наркотику выбора. Важно ощущать разницу между поддержкой регрессии во имя самой регрессии и созданием безопасного терапевтического окружения, которое позволит и вызовет естественное высвобождение заблокированных эмоций. В психотерапии, как и в хирургии, лучше избегать ненужных инвазивных процедур, если доступны методы менее травматичного, но эффективного лечения.

Процесс против содержания

Обычно участники группы имеют сильную склонность реагировать на содержание коммуникации. Комментарий по процессу обычно принадлежит к сфере деятельности и ответственности ведущего группы. В то время как процесс может быть и внутриличностным (то есть, собственным свободным ассоциированием), групповой процесс в основном отражает свободный обмен, который с необходимостью происходит между членами группы. Чтобы группе был доступен весь спектр чувств, все участники должны чувствовать себя свободными реагировать открыто и спонтанно, что бы ни пришло им в голову. Хотя это сложно для всех людей, особенную трудность это составляет для алкоголиков и аддиктов. Они не очень хорошо справляются с межличностными конфликтами или различиями. Обремененные своим собственным подавляющим чувством стыда и чрезвычайно уязвимые к нарциссическим травмам, они пойдут на все, дабы избежать возбуждения подобных чувств в других людях. Следовательно, их интеракции обычно поверхностны, высоко структурированы и становятся избегающими или воинственными, если аддикты вынуждены иметь дело с возможной эмоциональной угрозой. Используя влияние АА

(а порой злоупотребляя им) и других двенадцатишаговых программ, они будут удерживать свое общение на поверхностном, контролируемом и чрезвычайно поддерживающем уровне во всех областях, не касающихся употребления химических веществ. Это единственная территория, где им была предоставлена полная свобода говорить о своих чувствах настолько открыто и честно, насколько они могут. АА и традиция двенадцати шагов не поощряют «перекрестный разговор» на своих встречах. Содержание, таким образом, является первичным фокусом двенадцатишаговых встреч, и этот исключительный фокус обычно вызывает соответствующие реакции, преимущественно принимающие форму советов. Это почти полностью противоположно тому, что ожидается от пациентов в психотерапевтической группе. Следовательно, ведущему придется направить много энергии на обучение участников своих групп тому, как они могут использовать группу самым эффективным образом. Различение между тем, что полезно в АА и что требуется в группе, поможет участникам увидеть, что каждый формат может предложить что-то ценное, и что ни один из них не следует принижать или обесценивать.

Понимание против переживания

Рутан и Стоун (1993) подчеркивают, что, хотя инсайт и понимание жизненно важны во всех формах лечения, обычно их самих по себе недостаточно для реального изменения личности. Возможность переживать жизнь и других людей другим (и более удовлетворительным) способом является основой любого эффективного процесса изменения или исцеления. Так же, как АА и другие двенадцатишаговые программы, группа может дать своим участникам уникальный обучающий опыт. Понятие сплоченности группы, принадлежащее Ялому, отражает потенциальную пользу от принадлежности к здоровой поддерживающей среде, в которой основным эмоциональным переживанием является опыт принятия, эмпатии, поддержки, заботы, предсказуемости и честности. Для любого человека (аддикта или не-аддикта) невозможно пережить такой опыт и не быть глубоко измененным им. И хотя существуют некоторые разногласия по поводу определения и полезности коррективного эмоционального опыта, теперь признается, что он включает в себя нечто большее, чем просто «долюбливание человека до здоровья»: предоставление ему (или ей) подлинного, ре-

ального опыта заботы со стороны аутентичной, реальной заботящейся личности. Лучше было бы называть отношения, которые выстраиваются в хорошо функционирующей группе, коррективными эмоциональными отношениями.

Алкоголики и аддикты (возможно, более, чем неаддиктивные личности) испытывают крайние сложности в установлении взаимно удовлетворяющих взаимоотношений. Способность их устанавливать требует скорее возможности научиться на опыте, нежели получения формулы, объясняющей, как это делать. Рутан и Стоун подытоживают это, когда пишут:

«Группы обеспечивают уникальные терапевтические возможности для того, чтобы достичь как понимания (эмоциональный и когнитивный инсайт), так и коррективного эмоционального опыта; они обеспечивают возможности для построения новых психических структур (на основе лучших, более аутентичных и питающих отношений), а также для проб и отработки новых образцов поведения. Ведущим групп не нужно выбирать один из краев этого континуума; им следует удостовериться в том, что задействованы оба его конца, и что пациенты получают как информацию, так и переживания» (1993, стр. 141).

Исследования результатов терапии

В то время как многие качества терапевтов, описанные Гротьюном и другими, безусловно, восхитительны, наука говорит нам, что вещи не всегда таковы, какими они кажутся. Исследование продемонстрировало, что, в то время как многие врожденные характеристики, описанные опытными клиницистами (такими как Витакер, Полстер и другие) действительно играют очень значительную роль в удачном лечении, взаимодействие между характеристиками терапевта и успехом лечения является тонким и деликатным. Тем не менее, прежде чем читатель составит для себя впечатление, что обладание описанными врожденными характеристиками — это все, что требуется для удачного лечения, важно понять, что именно исследование обнаружило касательно данного фактора. Струпп и Хэдли (Strupp & Hadley, 1979) заключили, что, в то время как неспецифические факторы (характеристики терапевта) были решающими в установлении первоначального альянса с пациентом, их было недостаточно для позитивного исхода лечения, если

оно длилось дольше двух или трех встреч. После начальной встречи специфические факторы (такие как техника, тренинг и опыт) играли в лечении уже более значительную роль. Струпп и Хэдли обнаружили, что люди, которые не являлись профессиональными терапевтами, но обладали такими важными качествами, как способность проявлять заботу и тепло, могли принести немедленное облегчение многим пациентам в процессе первых нескольких сессий, если могли продемонстрировать свою способность понимать пациента и сопереживать ему. Однако, после установления отношений, когда от непрофессиональных терапевтов потребовались более специфические вмешательства, они терялись в том, как и на что реагировать. Именно здесь требуются специальный тренинг и навыки профессионального терапевта, чтобы помочь пациенту выйти за пределы нынешнего состояния.

В одном из наиболее доскональных и полных обзоров всех исследований результатов лечения Бергин (Bergin, 1971) согласился с этой позицией, заключив, что удачная психотерапия определяется в большей степени характеристиками терапевта. Он обнаружил, что тремя самыми основными факторами, способствующими успешному лечению, являются (в порядке убывания степени важности):

1. Характеристики пациента.
2. Характеристики терапевта.
3. Техника терапевта или его теоретическая ориентация.

Открытия Бергина предполагают, что два из трех самых важных для результата факторов находятся вне контроля университетов и тренинговых организаций, а также за пределами возможностей обучения. Словами Касселла, приведенным ранее в этой главе, «Возможно ли научить чувствительности?» Разумеется, способность проявлять заботу представляет собой важнейшую переменную в успешном лечении, но оказалось, что это что-то, что терапевты приносят с собой в терапевтическую ситуацию. Тем не менее, как предположили Витакер и Малоун (1953), терапевты могут быть гораздо более эффективны, если у них самих был успешный терапевтический опыт. Это — хороший аргумент в пользу того, что терапевтам в процессе тренинга следует самим пройти личную терапию прежде, чем они займутся пациентами. Разумеется, это справедливо и для групповых терапевтов. Им будет важно получить хороший опыт групповой терапии прежде, чем они сами смогут рассчитывать на то, что станут хорошими групповыми ве-

дущими. Открытия Бергина также подчеркивают важность вклада пациента в успех терапии. То, что многие пациенты не подходят для психотерапии — это факт. Они или слишком нарушены, или слишком сопротивляются для того, чтобы получить пользу от лечения. Особенности характеристик таких пациентов будут рассмотрены далее в этой главе.

Психотерапевтическая модернизация

В последние годы исследования, касающиеся психотерапевтического процесса и результата, сильно усложнились и дали интересные клинически релевантные открытия. Подъем в исследовании результатов лечения был, по большей части, стимулирован более ранними утверждениями о том, что психотерапия не полезнее, чем отсутствие лечения (Eysenck, 1952). Усовершенствованные методы обзора и изучение огромного количества литературы на эту тему продемонстрировали, что большая часть ранней исследовательской методологии имела серьезные изъяны. Самым главным заключением этого большого обзора было то, что психотерапия работает. Средний результат леченного пациента оказался на уровне 80-го перцентиля пациентов контрольной группы.

Специфические эффекты

Другим результатом этого обзора стало выявление невозможности продемонстрировать то, что одна терапия чем-нибудь лучше других. Одним из объяснений такого результата может быть то, что разные психотерапии, какими бы различными ни казались их специфические техники, в действительности эффективны благодаря своим общим, неспецифическим ингредиентам: таким, как ритуал исцеления, вселение надежды, устранение деморализации, установление помогающих отношений и усиление ощущения понимания и контроля над имеющейся ситуацией (Франк, 1961).

Качество терапевтического альянса, даже когда оно измерялось на начальном этапе лечения, оказалось лучшим и наиболее последовательным предвестником результата. Выяснилось, что хорошие терапевтические отношения между пациентом и терапевтом более важны при предсказании изменения, чем факторы, которые характеризуют только пациента или только терапевта. Более того, оказывается, что пациент обладает большим могуществом, чем терапевт, в определении природы терапевтического альянса. Тем не

менее, существует и доказательство того, что часть успеха во всех формах психотерапии может быть приписана способности терапевта мобилизовать у пациента ожидание помощи. Франк (1961) определенно предполагает, что для всех форм терапии вера пациента в лечение очень способствует эффективности последнего, и этот фактор следует специально использовать.

Мобилизация веры пациента в лечение и его ожидание помощи — это решающий фактор в работе с алкоголиками и аддиктами. Подходы к лечению (такие, как АА), которые поощряют, занимают и обещают облегчение, могут лучше подходить этим пациентам, потому что они мобилизуют их ожидания на получение помощи. Пассивные и не подразумевающие проявления отзывчивости подходы к лечению, полагающиеся на собственные источники мотивации алкоголика или аддикта, часто не дают результатов из-за того, что не используют этого решающего фактора.

Франк определяет два важных источника, которые пробуждают ожидание помощи у пациента. Первым является личный магнетизм целителя, который часто усиливается верой последнего в то, что он или она делает. Другим источником веры пациента является идеология целителя или его секты, которая предлагает пациенту обоснование (каким бы абсурдным они ни было), придающее смысл его болезни и лечебной процедуре. Любой, кто регулярно посещал встречи АА, знает, что каждая из этих сил активно используется в данной программе.

Франк смотрит на любую процедуру, которая ставит целителя в позицию передатчика или контролера впечатляющих целительных сил, как на способ усиления веры пациентов в процесс лечения. Определена ли эта позиция как «выздоровливающий алкоголик, полный энтузиазма, счастливый и трезвый уже многие годы», или как «профессиональный психотерапевт» — для Франка это не имеет значения. Целители в нашем современном обществе, как правило, поддерживают свои претензии тщательно разработанными и по-научному звучащими теориями и диагностическими ярлыками.

Позже Франк определяет, что, поскольку успех психотерапии, кажется, не связан с каким-то особым ее типом, и облегчение дискомфорта было одинаковым независимо от используемых типов лечения, то облегчение страданий пациентов может быть больше связано со способностью терапевта мобилизовать доверие, надежду и веру пациента в лечебный процесс.

Характеристики пациентов и их вклад в успех терапии

В соответствии со множеством исследовательских доказательств, собранных в течение длительного времени, самым мощным средством достижения значительного терапевтического изменения являются эмоционально заряженные межличностные отношения. Эти отношения не обязательно нуждаются в участии профессионального терапевта, но необходимо, чтобы они были эмоционально наполненными и строились с реальной личностью. Эффективность этих отношений в достижении желаемого терапевтического изменения определяется, по большей части, личностью терапевта и его (или ее) мастерством в управлении межличностными отношениями, особенно с теми индивидами, которые длительное время испытывали сложности в этой области. Некоторые пациенты (такие, как тяжело психотические индивиды) не могут перенести близости реальных межличностных отношений. Другие (с серьезными умственными задержками, с мозговыми повреждениями, отравлениями, или страдающие от тяжелого расстройства характера) неспособны к формированию настоящего рабочего альянса с терапевтом. То, что пациенты приносят в психотерапию, или, по крайней мере, то, что относится к их межличностным навыкам, и определяет в большой степени потенциальный успех терапевтической встречи. Чем больше у пациента есть того, что он может предложить со своей стороны в терапевтической ситуации, и чем менее серьезны его трудности, тем более вероятно, что лечение будет успешным. И наоборот, чем более серьезны расстройства пациентов, тем меньше шансов на то, что они получают пользу от лечения — вне зависимости от того, насколько изощрен и насколько «вместе» с ними будет терапевт.

Начальная фаза лечения

Готовность пациентов войти в процесс лечения определяется множеством важных факторов, среди которых самое большое влияние оказывает уровень переживаемого страдания. Эффективность начальных этапов лечения повышается благодаря способности терапевта мобилизовать у пациента ожидание помощи, что в большой степени определяется способностью пациента ожидать позитивного результата лечения. Это требует от пациента того, чтобы он мог принимать символы излечения и реагировать на них. Хорошо отзывающиеся на психотерапию ожидают, что лечение помо-

жет им, лучше интегрированы в социум и менее недоверчивы, чем те, кто слабо отвечает на нее. Способность личности благоприятно реагировать является знаком скорее не чрезмерной доверчивости, а легкости принятия других в их социально определенных ролях. Тем не менее, чем более внушаем пациент и чем большее страдание он испытывает, тем вероятнее, что он останется в лечении.

Существует множество важных факторов, которые усиливают готовность пациента воспринять терапевта в качестве источника помощи. Разумеется, способность терапевта вызывать уверенность пациентов в том, что он является заслуживающим доверия психотерапевтом или целителем, совершенно необходима. Следует понять, тем не менее, что не существует точного соответствия между теми подразумеваемыми свойствами, которые определены самим терапевтом, внешним наблюдателем или пациентом, которого терапевт пользует. Самая непосредственная связь, как оказалось, существуют между терапевтическим результатом и качествами терапевта, если оценивать их скорее с точки зрения восприятия терапевта пациентом, нежели восприятия терапевтом себя или оценки внешних наблюдателей.

Готовность пациентов продолжать лечение, в свою очередь, зависит в большой степени от того, насколько пациенту лично нравится терапевт. Также было обнаружено, что, если пациент воспринимает терапевта как заслуживающее доверия лицо, то существует больше шансов, что он или она будет считать терапевта более привлекательным. Понятия доверия и привлекательности не являются взаимно исключаящими. Исследование продемонстрировало, что тот, кто воспринимается как эксперт и вызывает доверие, оказывает большее влияние на установки и изменение поведения. Следовательно, пациенты лучше принимают объяснения или интерпретации, которые конфликтуют с их собственным восприятием мира и системами убеждений, когда эти интерпретации и объяснения представляются терапевтами, которых эти пациенты считают привлекательными и достойными доверия. Принятие советов, таким образом, зависит от оценки пациентом компетентности, мастерства, основательности и доскональности терапевта, а также от его привлекательности. Так же, как способность заслуживать доверие и привлекательность целиком зависит от межличностной схожести и совместимости.

Восприятие пациентами терапевта как привлекательной личности облегчает начальное развитие восприятия, которое затем приведет к позитивным результатам. На ранних этапах терапии привлекательность является более важной, чем способность вызывать доверие, так как она позволяет пациентам оставаться в лечении достаточно долго, чтобы развить терапевтический альянс, необходимый для реального изменения. Способность вызывать доверие, которая обычно включает такие качества, как вера, компетентность и способность что-то делать, является более тонкой особенностью терапевта и больше влияет на то, что пациент получит в процессе терапии.

Терапевтический процесс: вклады терапевта и пациента

Вклад терапевта

Терапевты должны обладать способностью к эмпатии. Они должны быть способны переживать то, что переживает другая личность, без потери себя или превращения в другого человека. Однако, как говорит Орнштейн (Ornstein, 1981), это эмпатическое понимание бесполезно, если терапевты не способны сообщать пациентам о том, что они понимают. Терапевты, которые лишь сидят со своим эмпатическим пониманием, приносят мало пользы своим пациентам, если они не способны донести свое понимание до них — обратно.

Терапевты должны также уметь слушать то, что говорят пациенты. И, что еще важнее, они должны также быть способны слушать то, о чем пациенты не говорят и что оставляют за рамками обсуждения. Это требует слушания третьим ухом. Слушание — не пассивный процесс. Это живая деятельность, необходимая для того, чтобы терапевты могли сделать понятным (для себя и для пациентов) то, что переживают пациенты. Это, в свою очередь, помогает последним придать смысл своему собственному опыту. Вот где теория играет важную роль в лечении. Чем больше звучит теория, тем больше пациент получит когнитивно. Твердая основа понимания помогает ему полнее владеть ситуацией.

Терапевтам необходима также неосуждающая установка. Они должны слушать без осуждения. Фрейд называл это нейтральностью. Однако, многих терапевтов смущает нейтральность, понимаемая как безответная позиция «чистого экрана» в терапии. Несмотря

на предупреждение Фрейда, терапевты будут более эффективными, если осознают, что невозможно не формировать суждений о своих пациентах. Терапевты формируют устойчивые воззрения на то, что пациент должен сказать. Но они не должны докладывать свои мнения или суждения пациентам, если они (мнения) не касаются употребления алкоголя или наркотиков. Хотя утверждение, что терапевтам не следует применять свои стандарты к пациентам, является терапевтической максимой, эта позиция может быть деструктивной для алкоголика или аддикта. В большинстве случаев будет лучше всего, если пациенты откроют свою собственную систему ценностей. Однако, из-за своих общих характерологических дефицитов и когнитивных повреждений алкоголика и аддикты могут требовать принесенной системы ценностей (такой, как АА) до того момента, как пройдет достаточно времени для того, чтобы их когнитивное функционирование восстановилось настолько, чтобы они сами могли мыслить ясно и рационально.

Терапевтам также следует избегать провокативного поведения, когда их пациенты враждебны. Для терапевта важно настраиваться на собственные чувства и использовать контрперенос как барометр, помогающий лучше понять пациентов. Если это понимание ведет к просчитанной конфронтации с алкоголиком или аддиктом, остается меньше шансов на то, что она будет вызвана собственным бессознательным гневом терапевта.

Вклад пациента

Существует три основных вклада пациента, которые необходимо определить в лечении.

1. Пациенты обычно приходят в лечение с тревогой, сомнениями и страхами. Эти чувства зачастую не выражаются. Если пациенты предстали перед специалистом по решению суда, это также будет встречено с гневом и враждебностью. Такие чувства должны быть выражены в начале лечения, в противном случае терапевт потеряет пациента. Вытесненные чувства повышают вероятность того, что они будут отыгрываться вовне. Проговаривание, с другой стороны, уменьшает их интенсивность.
2. Пациенты находятся на том уровне психологического развития, который является результатом их предыдущего опыта. Чем более мучительным был опыт раннего детства, тем больше трудностей испытывает пациент в настоящее время. Чем

больше трудностей у пациентов, тем более нарушенными они будут, и тем сложнее им будет понимать терапевта и строить отношения с ним. Более нарушенные пациенты будут неспособны понять или иметь дело с пассивностью или интерпретациями. Они будут требовать от терапевта поддержки, успокоения и утешения.

3. Каждый пациент обращается к лечению с определенными ожиданиями. Многие приходят с тем, что обычно называется «фантазией об излечении». Они надеются на то, что терапевт каким-либо образом магически избавит их от дискомфорта и болезней. Многие настроены на «тарелочку с голубой каемочкой». На бессознательном уровне они все еще цепляются за магическое мышление, как маленькие дети верят в то, что, если мама поцелует их в больное место, то боль немедленно исчезнет. Таким людям их родители часто видятся как нереально всемогущие фигуры. Если, например, дети ударяются обо что-то, они часто обвиняют в этом мать. Если они будут смотреть на терапевта так же, как на свою мать, то будут верить (на каком-то уровне), что терапевт будет настолько всесилен, что сможет вылечить их волшебным образом.

У алкоголиков и аддиктов, страдающих от более серьезных характерологических дефицитов (например, пограничных пациентов) терапевт может ожидать легкости провокации гнева и ярости. Из-за того, что пациенты часто считают терапевта магически всемогущим, они будут ожидать, что он освободит их от боли и страдания. Если терапевт не делает этого, они считают, что он обладает силой, но придерживается ее, отказывая им. Их гнев, в каком-то смысле, говорит: «Почему ты не сделаешь так, чтобы я чувствовал себя лучше? Если бы тебе было не безразлично, ты бы дал мне что-то, чтобы я не чувствовал себя так плохо. Так как ты не убираешь мою боль, — я, должно быть, тебе не нравлюсь. Так как я сделал все, о чем ты меня просил, и все еще страдаю, то ты, должно быть, безразличен ко мне и вообще ужасен, потому что ты лечил меня так плохо».

Какой бы искаженной и нереалистичной ни была фантазия об излечении, с ней не следует расправляться слишком быстро. Часто эта надежда может быть самым выдающимся мотивирующим фактором для продолжительного вклада индивида в лечение, абстиненцию и выздоровление. Эта ситуация была драматически

проиллюстрирована недавно начавшим выздоравливать алкоголиком, который воздерживался уже чуть больше года и решил поучаствовать в национальной конференции по лечению алкоголизма. Известный, признанный всей страной эксперт по лечению алкоголизма, имевший также около пятнадцати лет воздержания благодаря АА, открыто утверждал, что у АА нет магических ответов на все вопросы. Далее он добавил, что, если человек прекратит пить, это не избавит его ото всех проблем. Абстиненция была первым шагом на длинном и сложном пути выздоровления. Услышав такое, недавно начавший выздоравливать алкоголик сообщил другим участникам группы на следующей неделе, что «это напугало меня до смерти. Если бы я услышал это на неделю раньше, я не думаю, что вообще смог бы это выдержать. Слава Богу, эта информация не попала ко мне раньше».

Фантазия об излечении и ее подходящее использование может оказать важное влияние на выздоровление, как показывает нижеследующий отрывок:

Анжи, тридцатидвухлетняя художница и фотограф, обратилась к лечению потому, что была несчастна в браке. Ее муж отказывался реагировать на ее просьбы о посещении семейного терапевта, и давно использовал физическое насилие по отношению к ней, когда бывал пьян. После нескольких недель терапии стало очевидным, что она, так же, как и ее муж, была алкоголичкой. Она сразу же согласилась с предложением терапевта бросить пить и присоединиться к АА. После приблизительно года индивидуальной терапии и регулярного посещения АА она развелась со своим мужем и, в конце концов, под влиянием терапевта удачно вошла в психотерапевтическую группу. Через шесть месяцев в терапевтической группе, в момент крайней фрустрации, она кричала на участников и ведущего группы: «Смотрите, я сделала все, что вы мне сказали, а все продолжается по-прежнему. Я все еще злюсь, и люди продолжают обижать меня!» Несколько последующих сессий, следовавших за этим взрывом, были отмечены тем, что она делилась глубокими чувствами грусти и боли, сопровождающими ее борьбу с осознанием того, что ее дела даже и не собираются становиться безупречными. Это была та позиция, которую она заняла в раннем детстве. Ее родители, которые

очень критично к ней относились, требовали, чтобы она жила согласно их ожиданиям и показывали ей свою любовь или одобрение только тогда, когда она делала что-то безупречно. После более чем двух месяцев борьбы с этим осознанием она, наконец, однажды вечером заявила группе и ведущему: «Я понимаю, что, даже если вещи не безупречны, они намного лучше, чем я представляла, что они когда-либо будут. Я догадываюсь, что я чем-то похожа на эти реальные вещи. Но, если бы я знала, когда я начинала терапию, что будет так трудно, я не думаю, что у меня хватило бы смелости пройти через всю эту боль. Пару месяцев назад я думала, что я вернусь к своим старым путям обращения со всем, но я поняла, что это больше не сработает в моем случае. Я думаю, вот почему я так разозлилась. Мне не нравилось то, где я была тогда, и я не могла вернуться туда, где я была до этого. Я чувствовала себя загнанной в угол и обманутой вами. Теперь я осознаю, что здесь на самом деле не так уж и плохо».

Исследование групповой психотерапии

Наиболее обширное контролируемое исследование эффективности групповой психотерапии было частично проведено Яломом (Lieberman, Yalom и Miles, 1973). Проект исследования был комплексным и, как замечает Ялом, дорогостоящим. Полное описание проекта не будет приводиться здесь. Тем не менее, основная цель исследования — изучение влияния техники ведущего на результат лечения. Восемнадцать опытных и знающих ведущих групп из десяти различных по идеологии школ (гештальт, психодрама, ТА, психодинамика и т.д.) были набраны, чтобы вести группу, которая продолжалась тридцать часов в течение двенадцати недель. Обширный набор психологических и личностных измерений был применен к каждому участнику каждой группы трижды: до начала первой группы, сразу после окончания двенадцатой групповой сессии и шесть месяцев спустя после окончания групп.

Ялом обнаружил некоторые беспокоящие результаты. Две трети всех субъектов, которые принимали участие в исследовании, как было выяснено, не считали это вознаграждающим опытом. Фактически, некоторым стало хуже в результате лечения, и они были признаны Яломом потерями. Потерей считался тот, кто, в результате группового опыта, страдает от сильного и постоянно-

го психологического дистресса. Как только несколько типов групп были изучены, обнаружилось, что ключевой причинный фактор потерь был не в типе группы, а скорее в индивидуальном, личном стиле ведущего. Ведущие с самым высоким уровнем потерь были описаны Яломом как «агрессивные стимуляторы». Они были навязчивыми, конфронтующими и вызывающими. Они также открывали многое о себе и, как ни удивительно, были оценены большинством участников как самые харизматичные. В группах, имеющих низкий процент потерь, ведущих описывали как «любящих» и создающих «принимающий, доверительный климат».

Ялом позже обнаружил, что, если он анализировал исследовательские данные по каждой группе независимо от других, ему представлялось равно интересное заключение. В некоторых группах почти каждый участник подвергался какому-либо позитивному изменению без потерь среди них. В других группах были случаи, когда ни один участник не извлек пользы из лечения. Или все признавались потерями, или все, к счастью, остались при своих. Кроме того, было обнаружено, что стиль ведения был самым важным фактором, содействующим успешному лечению. Фактически, группы, уровень успеха у которых был самым высоким, имели ведущего, который принадлежал к той же идеологической школе, что и терапевт, успех в группах которого был значительно ниже и у которого было наибольшее число потерь. Идеологическая школа, к которой принадлежал ведущий группы, в действительности имела мало отношения к уровню успешности любой из терапевтических групп в этом исследовании. Ялом, пытаясь ответить на вопрос, что предопределяет успешную групповую терапию, пишет:

«Следующим очевидным вопросом — и одним из самых уместных в психотерапии — является: какой тип ведущего имел лучшие, а какой худшие результаты? Ведущий Т-группы, гештальтист, трансактный аналитик, психодраматист, и так далее? Однако, вскоре мы поняли, что вопрос, поставленный в этой форме, был бессмысленным. Поведение ведущих, когда оно тщательно оценивалось наблюдателями, варьировало в широких пределах и не соответствовало нашим предгрупповым ожиданиям. *Идеологическая школа, к которой принадлежал ведущий, немного говорила нам о его актуальном поведении.* Мы обнаружили, что поведение ведущего одной школы

— например, трансактного анализа — походило на поведение другого ведущего из ТА не более, чем кого-либо из остальных семнадцати ведущих. Другими словами, поведение лидера не является предсказуемым в зависимости от членства в определенной идеологической школе. Эффективность группы была, по большей части, функцией поведения ее ведущего» (1985, стр. 501).

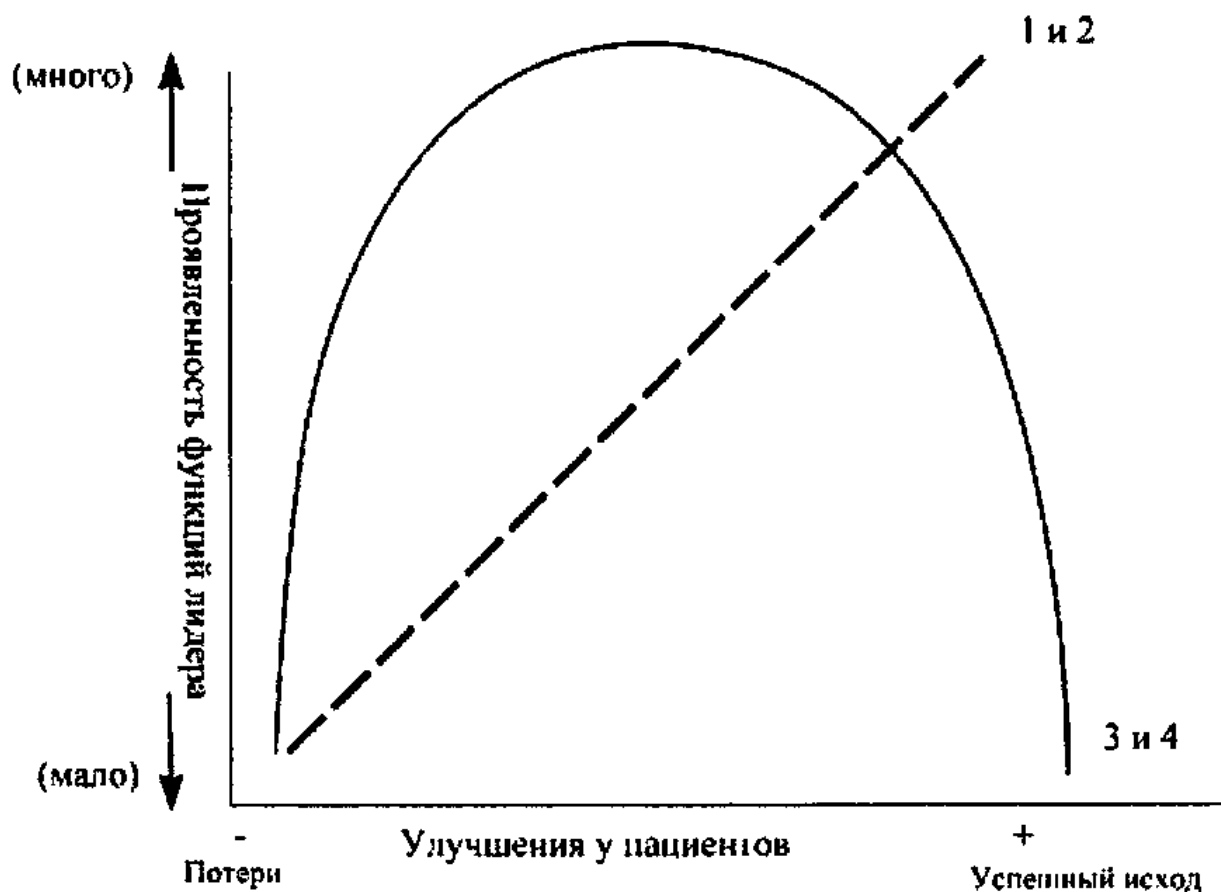
Открытие Яломом недостатка соответствия между тем, что ведущие говорят о том, что они делают, и тем, что они делают на самом деле, было прояснено в замечании Боба Гулдинга о Фрице Перлзе. Работая и учась с Перлзом в течение многих лет, Гулдинг признался, что то, что Перлз писал о психотерапии, часто очень отличалось от того, как он на самом деле проводил психотерапию. Разумеется, открытия Ялома поддержали личные наблюдения Гулдинга, признанного эксперта в групповой терапии. Это наблюдение стало еще более релевантным благодаря тому факту, что Роберт Гулдинг был одним из восемнадцати ведущих групп, которые участвовали в исследованиях Либермана, Ялома и Майлза. Также Гулдинг оказался тем ведущим, у которого в группах были самые поправившиеся участники без потерь и, следовательно, он был признан в этом исследовании самым эффективным терапевтом.

Ялом и его соавторы попытались определить точно, что такое было в Роберте Гулдинге и других успешных ведущих, что оказывало позитивное влияние на удачный результат. Ялом (1995) произвел факторный анализ большого количества переменных лидерства и распределил их в соответствии с четырьмя основными функциями.

1. *Эмоциональная стимуляция* (Вызов, конфронтационная активность, навязчивое моделирование посредством личного принятия риска и высокого уровня самораскрытия).
2. *Забота* (Предложение поддержки, привязанности, похвалы, защиты, теплоты, принятие, заинтересованность, искренность).
3. *Смысловая атрибуция* (объяснение, интерпретация, прояснение, обеспечение когнитивной структуры для изменения; перевод чувств и переживаний в идеи).
4. *Исполнительная функция* (установление ограничений, правил, норм, целей; управление временем; остановки, установление темпа, заступничество, внушение).

Эти четыре лидерских функции, как оказалось, имели прямое отношение к удачному результату лечения (схема 12.3). Как показывает схема 12.3, существовало прямое линейное отношение между заботой, смысловой атрибуцией и успешным лечением. Другими словами, ведущие группы не могут проявлять слишком много заботы об участниках группы, и они не могут придать слишком много смысла их замешательству и страданию. С другой стороны, ведущие групп, которые создают слишком много или слишком мало эмоциональной стимуляции и выполняют слишком много или слишком мало исполнительных функций, повышают вероятность неудачи группы. В любом из вышеперечисленных случаев лидеры могут быть либо слишком пассивными и не давать группе достаточных указаний, или слишком провокативными и конфронтующими, и группа станет центрированной на ведущем и слишком зависимой от его указаний и руководства.

Схема 12.3.



1. **Забота** (поддержка, любовь, защита, теплота, заинтересованность).
2. **Смысловая атрибуция** (объяснение, обеспечение когнитивной структуры).

3. **Исполнительная функция** (нормы, цели, установление ограничений, управление).
4. **Эмоциональная стимуляция** (конфронтация, принятие риска, самораскрытие).

Приложения для удачной групповой терапии

К этому привело исследование индивидуальных субъективных оценок различных ведущих, которые Ялом посчитал первыми индикаторами тенденции к позитивным сдвигам благодаря участию в группе. Ведущие были расположены в ряд от тех, кто в первую очередь были аналитиками и интерпретаторами, до тех, кто видел свою особую функцию в управлении групповыми силами, и до других, предлагающих почти исключительно строго определенные инструкции, часто невербальные упражнения. Некоторые из этих ведущих страстно верили в любовь; другие (так же страстно) — в ненависть. Некоторые лидеры зависели единственно от разговорной терапии; другие использовали музыку, свет и соприкосновение человеческих тел. Исследование обнаружило, что наиболее эффективными лидерами (идеальный тип) были те, кто сохранял умеренность в стимуляции и исполнительном поведении, и был очень заботливым, активно используя смысловую атрибуцию. Существует самая прямая связь между смысловой атрибуцией и позитивным исходом.

Природу группы как социальной системы Ялом считал очень важной. Идентифицировались ли участники с группой, нравилась ли им она, их роль в ней, и нравились ли они группе — все это влияло на результат. Последующее изучение показало, что участники, которым нравились их группы, которые активно участвовали в процессе, и которые были высоко оценены другими членами группы, научились большему. Все эти показатели иллюстрируют тот факт, что самыми популярными ведущие, которые устанавливали нормы умеренности в эмоциях и в конфронтации.

Вопреки тому, во что, кажется, верят многие ведущие и участники групп встреч, («нет никакой группы, есть только личности»), исследование очень ясно показало, что природа группы как социальной системы важна и влияет на результат. Также в противоположность мнению, что «группа может утешить, но не вылечить» (Bask, 1972), работа Ялома показывает, что при правильном руководстве групповая терапия может оказать заметное влияние на

жизнь личности. Группы, в которых ведущие создают ощущение сплоченности, функционируют лучше, и их участники относятся к своему опыту положительнее. Совершенно ясно, что неавторитарные ведущие, действовавшие более демократично, были предпочтительны для участников, благодаря в первую очередь ощущению своей автономии в группе. Множество неуловимых деталей составляет вместе то, что может быть описано как образец хорошего ведущего. Лучше всего это резюмировал Бэк: «хороший ведущий тренинга сензитивности сочетает харизму религиозного целителя с языком ученого». Несомненно, ранний критицизм в адрес психотерапевтических групп имел неверное направление. В общем, плоха не сама по себе групповая терапия, а плохо ведущиеся группы с малообученными или неадекватно подготовленными лидерами, которых необходимо оценивать критически.

Исследования результатов лечения алкоголизма

Многие обзоры исследований по лечению алкоголизма и наркомании в основном показывают смешанные и противоречивые результаты. Однако, когда старые исследования были исключены из-за методологических изъянов (в основном это несовместимость диагностических критериев — алкоголизм в одной работе не соответствовал критериям алкоголизма в другой) и из-за того, что ныне существует более эффективное лечение аддикций, консенсус все же начал проявляться. Исследования в основном поддерживают заключение, что какое-то лечение лучше, чем никакого лечения (Emrick, 1974). Более длительное лечение приводит к успеху скорее, нежели короткое. Психотерапия, особенно групповая, может позитивно влиять на успех лечения, если только она не обещивает абстиненцию и участие в группах поддержки. В последнем случае те, кто не получает терапии, имеют больший успех, чем те, кто ее получает (Miller, 1995). Вероятно, будет найдено несколько значительных различий в результатах опийных аддиктов на метадоновой поддержке, живущих без наркотиков и находящихся на амбулаторном лечении без заместительной терапии, которые будут являться функцией различий клиентов или времени лечения. Большинство хорошо проведенных исследований единодушно в демонстрации существенных изменений в клиентах, которые остаются в лечении, а также того, что в этом случае более длительный срок лечения коррелирует с лучшими результатами. Индиви-

ды, рано бросившие лечиться, в основном показывали значительно меньшее улучшение по прошествии какого-то времени.

Изменение настроения третьего лица на возмещение также играет убедительную роль в лечении аддикций. Интерес к соотношению цены и содержания привел к драматическим сдвигам от стационарного к амбулаторному и от индивидуального — к групповому лечению, а также привел к значительному сокращению его длительности (Национальный Институт Злоупотребления Алкоголем и Алкоголизма, 1995). Озабоченность ценовой эффективностью порождает ожидание излечения и полной абстиненции, что зачастую нереалистично. Всеобъемлющий обзор, сравнивающий хронические болезни, такие как диабет, гипертензия и астма, открыл, что процент повторного лечения и податливости к нему в лечении аддикций не превышал таковой для этих заболеваний, а в большинстве случаев был меньше (NIAAA, 1995).

Исследования, в общем, поддерживают мнение, что аддикты и алкоголики легче завязывают после лечения, чем до него. Тип лечения мало влияет на разницу в эффекте. Как обнаружили некоторые исследователи, при всех процедурах уровень успеха одинаков (Matakas, Koester и Leidner, 1978; Emrick, 1974; и Miller, 1995). Процент успешности (включая спонтанную ремиссию) находится в пределах сорока-пятидесяти процентов. В этих главных открытиях было несколько важных исключений, о которых также было сообщено. В некоторых лечебных программах для опустившихся алкоголиков уровень успеха был очень низким (около пяти процентов), в то время как некоторые частные госпитали, пользующие избранную популяцию, говорят о 90 процентах успешных исходов. Лечебный эффект может длиться два года или более, если терапия продолжительна или включает в себя участие в группе поддержки. Если нет, то эффект от лечения длится недолго (Miller, 1995). Обобщая, скажем, что уровень выздоровления через год, как было обнаружено, очень близок к его уровню через пять лет из-за того, что большинство рецидивов происходит в течение первого года лечения. Следовательно, как и в случае большинства других психотерапевтических модальностей, исследование лечения аддикций показало, что большинство терапевтических процедур более или менее эффективно, если неизменны определенные переменные, особенно требование абстиненции.

В одном из самых последних и пространных обзоров подходов к лечению аддикций Миллер (Miller, 1995) заключает, что лечение аддикции, «как оно в основном практикуется, не было хорошо описано в психологической и медицинской литературе» (стр. 4). Он начинает рассуждать о том, что это могло бы быть связано с произвольным исключением двенадцатишаговых форм лечения, поскольку они не всегда точно совпадают с исследовательскими парадигмами, и потому, что «существует поразительная дихотомия между современными клиническими методами и экспериментальными исследованиями» (стр. 4). Миллер заключает, что самым убедительным объяснением для этого набора обстоятельств является то, что «современное лечение алкогольных или наркотических расстройств, с некоторыми заметными исключениями, было развито вне основного течения медицины/психиатрии/психологии» (стр. 4). Из-за того, что метод лечения, основанный на абстиненции, не был до недавнего времени широко изучен, его критики медленно признавали, что эта форма лечения является чрезвычайно эффективной формой терапии аддикций.

Последняя критика, высказанная Миллером, касается отсутствия хорошо контролируемых исследований (за исключением обстоятельной работы Вэйланта), которые рассматривали бы лечение в течение более чем нескольких месяцев. Это является особенно критичным в свете утверждения двенадцатишагового сообщества, что аддикция — пожизненная болезнь. Основываясь на этом понимании, исследование результатов подтвердило существование большого количества разнообразных методов лечения, которые кажутся работающими на коротком сроке (недели или даже месяцы). Однако, при взгляде на результат лечения через большой период времени, оказывается, что абстиненция является лишь только одной из составляющих лечения. Миллер пишет:

«Исследования результатов лечения подтверждают, что только один метод является эффективным и постоянно работающим в течение длительного времени (годы, или вся жизнь), а именно: лечение, основанное на абстиненции, когда оно сочетается с регулярным, продолжительным, неограниченным посещением встреч Анонимных Алкоголиков (общества Анонимных Наркоманов, возможно, так же эффективны, но об этом еще не имеется достаточно данных)» (1995, стр. 18).

Характеристики пациента и тип терапии

Терапия в стационаре оказалась в основном не более удачной, чем амбулаторная терапия. Тем не менее, было выявлено несколько характеристик, определяющих то, что одна форма лечения может быть предпочтительной, в связи с обстоятельствами пациента. Пациенты с более серьезными уровнями аддикции, так же, как и более социально и психологически нестабильные, были признаны лучшими кандидатами для стационарного лечения. С другой стороны, пациенты, у которых есть стабильные и постоянные рабочие отношения, которые могли бы быть нарушены длительным стационарным лечением, получают больше пользы от амбулаторной формы. Это имеет особое значение, поскольку пациенты, которые лучше реагируют на лечение — это те, у кого есть стабильная занятость, сохранившийся брак и поддержка семьи (Matakas, Koester и Leidner, 1978). Очень сходные результаты были сообщены Коллинзом (Collins, 1995), который писал:

«Различия в результатах были связаны с факторами пациентов (в том числе с мотивацией, типом течения и тяжестью алкоголизма, возрастом и полом, личностными, межличностными, семейными, образовательными и профессиональными ресурсами) более, чем с факторами лечения (в том числе с теоретической ориентацией, содержанием, направленностью и интенсивностью лечения), которые в основном плохо предсказывают результаты. Возможность того, что переменные пациента являются лучшим основанием для предсказания результата, нежели содержание программы, вовсе не означает, что лечение *per se* является неэффективным. Так же, как в случае с моделью обучения, те, кто больше вкладывает в этот процесс, даже если это всего лишь большая мотивация, скорее всего, достигнут большего успеха» (стр. 35).

На другом конце спектра находятся исследовательские подтверждения того, что у вышедших из низшего класса, плохо образованных и социально неуспешных алкоголиков и аддиктов прогноз лечения гораздо хуже. Детоксикации недостаточно, так же как и стационарной терапии самой по себе, чтобы прийти к сколько-нибудь долгосрочным изменениям. Единственно, что можно рекомендовать — это не ограничивать лечение по времени, а, по возможности, проводить его пожизненно — вот самый реали-

стический подход. Разумеется, это предполагает, что вовлечение в двенадцатишаговые программы и в группы поддержки является самым жизненно важным выбором для этих людей.

Добровольная модель лечения, как было обнаружено, плохо работает при алкогольной и наркотической аддикции. Исследование предполагало, что взаимодействие со службами по лечению аддикций обычно подразумевает некоторую степень принуждения, в том числе санкции системы правосудия, с рабочего места, от сотрудников социального обеспечения, или давление со стороны семьи и общества (NIAAA, 1995). Группы самопомощи, такие как АА, АН и АК, доминируют в области лечения. Фактически, данные национального обзора показали, что больше людей посещает программы АА, чем формальные лечебные программы. Основная модель лечения химической зависимости в основном полагается на подход АА. Тем не менее, область лечения аддикций отмечена идеологическими дискуссиями и разногласиями. Кроме модели лечения, основанной на абстиненции, существуют модели контролируемого питья, снижения вреда и управления умеренностью, которые испытывают большое влияние бихевиорально-ориентированных исследователей, и отстаиваются последними (NIAAA, 1995).

Психотерапия

Исследование также продемонстрировало, что групповая терапия была лечением выбора, хотя было замечено, что «существует недостаток адекватно обоснованных клинических исследований ее эффективности» (Matakas, Koester и Leidner, 1978, стр. 5). Bakeland, Lundwall и Kissin (1975) цитировали некоторые контролируемые исследования, результаты которых находились в промежутке от полной абстиненции в 15% случаев до значительных улучшений в 47% случаев. Эмпирическое исследование эффективности групповой психотерапии в лечении злоупотребления химическими веществами до сих пор было либо ограниченным и неопубликованным, либо сомнительным, несмотря на его популярность (Cahn, 1970; Matakas, Koester и Leidner, 1978; Stein и Friedman, 1971). Тем не менее, небольшое эмпирическое исследование, которое упоминалось ранее, было с энтузиазмом поддержано отчетами и результатами клинических исследований. (Kanas, 1982). Кан (Cahn, 1970), к примеру, находит в национальном обзоре, что групповая психотерапия является широко используемым методом

в программах лечения алкоголизма. Матакас, Коэстер и Лейднер соглашались, выражая похожие соображения: групповая терапия рассматривается как догма в лечении алкоголизма и злоупотребления наркотиками, даже несмотря на то, что существует немного эмпирических исследований, поддерживающих ее популярность. Паттисон (Pattison, 1979) придерживался мнения, что не было проведено достаточного эмпирического исследования, чтобы поддержать популярность групповой психотерапии, как метода выбора для лечения алкоголизма и злоупотребления наркотиками. Чего не хватает, как он предполагал, так это ясного разделения типов групповых методов, которые могут быть выборочно использованы в определенных терапевтических целях с различными типами пациентов. Паттисон (1979) предполагал, что это не означает, что групповая психотерапия бесполезна, а лишь то, что есть потребность в создании специфических руководств по групповой психотерапии. Канас (1982), с другой стороны, цитировал клинические исследования, которые в основном относились с энтузиазмом к эффективности групповой терапии аддиктивных пациентов. Более того, у групповой психотерапии есть длинная история как существенной, если не главной терапевтической модальности в лечении алкоголизма (Stein и Friedman, 1971). Многие работы показали, что в большинстве случаев групповая психотерапия является методом выбора при лечении аддикций. В некоторых случаях уровень выздоровления для пациентов групповой психотерапии оценивается как в два — три раза больший, нежели для пациентов, которые получают только индивидуальную психотерапию (Kanas, 1982; Yalom 1985). В обзоре литературы, посвященной результатам групповой психотерапии как метода лечения аддикций, Канас (1982) находит, что большинство работ поддерживают заявления, содержащиеся в неопубликованной литературе по эффективности групповой психотерапии как лечебной модальности.

В последние несколько лет групповая терапия стала предпочтительным методом лечения химически зависимых пациентов. Было использовано множество типов групповой психотерапии этой популяции, в том числе — поведенческая, когнитивная, психодрама, гештальт, рационально-эмотивная, и т.д. (Zimberg, 1980; Brandsma и Pattison, 1985). Некоторые исследователи предполагают, что психодинамическая и инсайт-ориентированная терапия неэффективны для этой популяции (Holder и др., 1993; Miller и

Hester, 1986). Так или иначе, большинство пространных докладов ведущих групп, которые работают исключительно с этой популяцией, настоятельно рекомендуют работать иначе.

Специфические групповые стратегии и требования

В последние несколько лет произошел рост объемов исследовательской и клинической литературы, посвященной способам адаптации групповой психотерапии к определенным потребностям аддиктивного пациента. В основном возросло согласие тех, кто регулярно работал с аддиктивными пациентами в групповой форме. Ханзян, Халлидей и МакОлифф (1990), Ванничелли (1988), С. Браун (1985), Матано и Ялом (1991), Флорес и Махон (1993), а также автор этой книги (Флорес, 19886) приводили обширные соображения о способах, которыми подтвержденные стратегии групповой терапии могут быть адаптированы и модифицированы для обращения к уникальным проблемам и характеристикам аддиктивного пациента. Все эти авторы приходят к общему мнению о том, что абстиненция является решающим, если не самым главным, элементом в выздоровлении от злоупотребления химическими веществами. Все вышеупомянутые специалисты поддерживают вовлечение химически зависимых пациентов в двенадцатишаговые программы, обновременно с участием в терапевтической группе. Все эти авторы действуют в формате групповой терапии, который обычно включает интерперсональный подход, в основном базирующийся на теоретической модели интеракционной групповой терапии Ирвина Ялома (1985), или является модифицированной формой психодинамической групповой психотерапии (Флорес и Махон, 1993; Ханзян, Халлидей, МакОлифф, 1990). В комбинации с теорией Ялома, большинство также приняло многие принципы психодинамической групповой психотерапии, с некоторыми модификациями в технике, которые специально обращаются к склонности химически зависимых лиц возвращаться к употреблению химических веществ, если их тревога, стыд, гнев и чувство вины не могут быть осторожно модулированы. Это особенно верно на ранних этапах лечения.

Из-за серьезного влияния АА и других двенадцатишаговых программ важно, чтобы ведущие групп хорошо ориентировались в их языке и философии. Матано и Ялом (1991) настойчиво рекомендуют групповым терапевтам познакомиться вплотную с

Анонимными Алкоголиками, их языком, программой и двенадцатью традициями. Они рекомендуют это по множеству причин, и прежде всего это склонность аддиктов и алкоголиков использовать АА в качестве сопротивления терапии, либо из-за намеренного избегания, либо из-за неправильного восприятия программы. Как считают Матано и Ялом, «важно, чтобы терапевт не позволял применять неправильные толкования АА в качестве сопротивления терапии, и использовал мудрость АА для психотерапевтических целей» (1991, стр. 269).

Большинство исследований групповой психотерапии сфокусировано скорее на результате, нежели на процессе (Kassel и Wagner, 1993). Недавний обзор, пытающийся очертить самые влиятельные механизмы изменения в групповой терапии алкоголиков, предположил, что различные факторы играют более или менее важную роль в разное время в процессе лечения. Используя лечебные факторы Ялома как инструмент для оценки, было обнаружено, что катарсис или высвобождение подавленных эмоций были гораздо более важны и влиятельны для группы стационарных больных. В противоположность этому, внушение надежды и альтруизм были важнее в лечении амбулаторных пациентов. Групповая сплоченность и взаимодействие (межличностное получение и отдавание) оставалось постоянно важным для обоих типов группового лечения. Эмриком, Лассеном и Эдвардсом (Emrick, Lassen, Edwards, 1977) было проведено сравнение, в котором были идентифицированы лечебные факторы, действующие и используемые в АА. Были обнаружены сходства между АА и амбулаторными группами, такие, как альтруизм, сплочённость, внушение надежды и идентификация. Они были теми лечебными факторами, которые чаще всего цитируют в литературе АА (Kassel и Wagner, 1993).

Бихевиоральная терапия

Матакас, Коэстер и Лейднер (1978) сообщали о различных степенях успешности лечения и для классической, и для аверсивной обуславливающей терапии. Тем не менее, Эмрик (Emrick, 1989), Уоллес, Форбс, Чалмерс (Wallace, Forbes и Chalmers, 1979) правы в том, что существует много свидетельств того, что это исследование успешности лечения алкоголизма, как и большинство других, имеет серьёзные изъяны. В то время как было ясно с самого начала, что предубеждения авторов делают основной упор на абстиненцию как

на первейшую задачу лечения, и, поскольку эффективность «контролируемого питья» не была до сих пор ясно установлена, исследование открытий в этой области будет ограничено теми поведенческими стратегиями, которые скорее поощряют абстиненцию от алкоголя, нежели продолжение его употребления.

Как продемонстрировал Эмрик (1974) в своём обширном обзоре 487 работ по результатам лечения алкоголизма, хоть какое-нибудь лечение — это лучше, чем никакого лечения вообще. Тем не менее, позже (1979) он отметил, что некоторые типы бихевиоральных интервенций могут фактически причинить некоторым пациентам больше вреда, нежели пользы. Он предлагает, чтобы исследование было направлено на идентификацию пациентов, которым могла бы повредить терапия подобного типа.

Таким же образом Матакас, Коэстер и Лейднер (1978) сообщали, что «критерии для терапии обуславливания, упоминаемые в литературе, не совсем убедительны» (стр. 2). Полезность лекарственной терапии дисульфирамом была также признана сомнительной, и было предложено, чтобы он применялся только как поддерживающее средство наряду с другими формами лечения.

Обзор исследований контролируемого питья, проведённый Миллером (1995), обнаружил, что группами, в которых были самые лучшие результаты, являлись те, которые в большинстве своём воздерживались или имели большой срок абстиненции. В основном, алкоголики с большим сроком абстиненции показывают лучшие результаты, чем те, срок абстиненции которых меньше. Миллер считает, что эти данные указывают, «что скорее абстиненция, а не контролируемое питье, приводит к лучшим результатам» (стр. 14). Также он обнаружил, что обследования через год и через два года часто показывают постепенное скатывание к привычным паттернам алкоголизации. В основном, заключает Миллер, «среди тех, кто посещал тренинг по контролю за употреблением, абстиненты показывают лучшие результаты; действительное же контролируемое питье ассоциируется с худшими результатами» (1995, стр. 14).

Использование бихевиоральных и когнитивных техник кажется наиболее полезным, когда используется в целях поддержания абстиненции. Уоллес (Wallace, 1978a) написал блестящий обзор использования поведенческих техник в лечении аддиктивных пациентов. Он избегает дискуссионных тем о бихевиоральных методах контролируемого питья, аверсивного обуславливания и система-

тических техниках управления случайностями по многим причинам. А именно: многие годы клинического опыта работы с алкоголиками научили его, что эти методы не работают. Уоллес осознаёт, что большинство срывов происходит в первый год, и что разумное использование некоторых поведенческих факторов может помочь выздоровлению, особенно в первые несколько решающих месяцев абстиненции от алкоголя. Фактически, Уоллес считает, что АА действуют в формате изменения поведения. Он пишет, что

«Следовательно, посещение встреч АА является заметным поведенческим изменением в жизни алкоголика. Приход на такие встречи видоизменяет типичный набор его действий, даёт возможность завести новых друзей, подвергает его действию большой социальной поддержки и подкрепления; разрешает ему напрямую собирать информацию о других алкоголиках и алкоголизме как болезни. Во многих отношениях АА само по себе уже является поведенческим изменением» (1978а, стр. 102).

Группы самопомощи

Emrick, Lassen и Edwards (1997) отмечали, что АА — это более удачный, нежели другие, терапевтический подход, в котором целью алкоголиков является полная абстиненция. В своих ранних (1974) исследованиях они предполагают, что подход АА применим только к определённому типу алкоголиков с определёнными общими характеристиками. Эту позицию они позже изменили в другом своём обзоре, заключив, что не существует ясного профиля алкоголика, который бы с большей вероятностью посещал встречи АА. Они предложили рассматривать всех пациентов, имеющих проблемы с алкоголем, как возможных участников АА. По крайней мере, они должны быть проинформированы о потенциальной пользе данной организации (1989). Эта перемена позиции иллюстрирует общие заблуждения многих исследователей относительно общества АА, сохраняющиеся до сих пор. В типичном случае АА ошибочно описывалось многими как подходящее лишь для белых мужчин среднего возраста, разделяющих ценности среднего класса, сочетающих религиозность с зависимыми чертами.

Недавний опрос участников АА (Анонимные алкоголики, 1992) разрушает многие мифы и стереотипы. Тридцать пять процентов членов АА — женщины, и эта цифра растёт с каждым годом. 43%

женщин и 57% мужчин не достигли 30 лет, и эта цифра также каждый год возрастает. Средняя продолжительность периода трезвости составляет пять лет, а в 35% случаев этот срок более длителен. Растущее число участников (46%) также зависимы от других веществ. Посещаемость АА очень стабильна, приблизительно по три встречи в неделю. Перед тем, как прийти в АА, 63% участников получали какой-либо вид терапии или консультации — медикаментозную, психологическую или духовную помощь. 80% сообщали, что это лечение сыграло важную роль в направлении их в АА. После прихода в АА 56% продолжили получать какое-либо лечение или консультации, 87% тех, кто получал какую-либо форму профессионального лечения, сказали, что оно сыграло важную роль в их выздоровлении от алкоголизма.

Эмпирическое исследование подтвердило ту точку зрения, что участие в АА коррелирует с хорошим результатом и ценовой эффективностью. У тех, кто присутствует на встречах АА еженедельно, результаты лечения лучше, а менее частое посещение коррелирует с более низкими показателями периода устойчивой трезвости. Таким же образом, контролируемые исследования в основном признают существенными лечебные результаты программ, основанных на абстиненции, особенно когда они сочетаются с направлением в АА (Miller, 1995).

Рекомендации

Определенные выводы могут быть сделаны из имеющихся данных по более чем восьми тысячам пациентов, которые посещали лечебные программы в Соединённых Штатах. Миллер и его коллеги сделали вывод, что лечение, основанное на абстиненции, работает более эффективно, чем то, которое не делает на ней акцента. Несмотря на относительно недостаточное понимание этого у бихевиорально ориентированных исследователей, лечение, основанное на абстиненции, является доминирующим и в этой области. Контролируемое питье имеет небольшое влияние за пределами теоретических академических исследований. Миллер приходит к заключению, что нереалистично было бы допускать, что столь сильное отличие в успешности лечения, основанного на абстиненции, и другими подходами, обязано отбору пациентов (пациенты с более высокой мотивацией, и так далее). Он рекомендует проводить более компетентные исследования для определения того, как и почему не-

которые люди избегают лечения, основанного на абстиненции, в то время, как оно является очевидно более результативным. Он также рекомендует находить пути для поощрения участия пациентов в АА и других группах самопомощи. Таким же образом, другие исследователи (Kellogg, 1993) предлагают, чтобы терапия аддикций была сконцентрирована на помощи индивиду в создании связи с двенадцатишаговой группой. Сопротивление пациентов и сопротивление терапевтов в этом вопросе должно быть исследовано.

Совмещение характеристик терапевта и пациента

Хотя психотерапевтические исследования успешно продемонстрировали, что лечение помогает большинству пациентов, не достигнуто ясного понимания того, почему одни получают от него значительно больше пользы, чем другие. Действительно, работа, цитируемая в этой главе, предполагает, что техники и теории, которым обычно приписывается психотерапевтический эффект, отвечают за относительно небольшую часть изменений пациента. В противоположность этому, существует множество оснований полагать, что большая доля успеха в лечении обязана тому, что пациент начинает воспринимать терапевта как компетентного, заслуживающего доверия, принимающего и заботящегося человека, отзывчивого к трудностям, переживаемым им или ею в данный момент. Эти представления не зависят от теоретической ориентации терапевта, его образования и применяемых техник. Такое восприятие не обязательно формируется у всех пациентов. В то время как очевидно, что характеристики пациента в большой степени определяют то, сможет ли он воспринять положительные качества терапевта, остается непонятным, почему некоторые пациенты реагируют на одного терапевта и не реагируют на других. Разумеется, сходство ценностей и личностных характеристик пациента и терапевта играют большую роль в установлении терапевтических отношений. Существует доказательство того, что успех и в психотерапии, и в лечении алкоголизма существенно зависит от установления хорошего рабочего альянса. Таким образом, важно понять природу терапевтических отношений и рабочего альянса, чтобы стать эффективным ведущим группы.

Hans Strupp (1978) кратко обрисовывает процесс установления хороших рабочих отношений в терапии. Соответствие характеристик терапевта и пациента в большой степени определя-

ется успешной организацией первых часов терапии. Более того, хорошие человеческие отношения, по мнению Струппа, являются предварительным условием для технических интервенций терапевта. Он пишет:

«Существует веское доказательство того, что любое «хорошее» человеческое отношение — то есть взаимодействие, которое характеризуется пониманием, принятием, уважением, доверием, эмпатией и теплотой — является и полезным, и конструктивным. Если подобное отношение предоставляется одним человеком (терапевтом) другому (пациенту), который несчастен, деморализован, подавлен и страдает от различного рода проблем, которые, как считается в нашем обществе, требуют обращения к специалисту в области душевного здоровья, результат обычно будет «терапевтическим», наделяющим реципиента способностью реагировать, или получать преимущества от того, что терапевт может ему предложить. Некоторые терапевты верят, что психотерапия начинается как раз с того момента, когда пациент не может получить пользы от хороших человеческих отношений, и профессионал требуется тем личностям, которые хронически не способны находить хорошие человеческие отношения и извлекать из них пользу» (1978, стр. 9).

Струпп неоднократно подчёркивал, что к изменению в пациенте приводит не использование техники и не избегание исторически сложившихся моделей, а оживление и модификация исторически значимых паттернов, которые оживают здесь и сейчас в отношениях терапевт — пациент или группа — участник. Понимание определяется разумом, а важность терапевтического изменения зависит не от разума, а от эмоциональных отношений между пациентом и группой и групповым терапевтом.

Разумеется, терапевт как личность играет решающую роль в определении того, насколько важными и эффективными будут эти отношения. Терапевт, который является только хорошим человеком, не сможет обеспечить полного диапазона стимулов, нужных пациенту в процессе лечения. Терапевты должны быть способны бросить вызов, успокоить, проявить заботу, любовь, и бороться с пациентом, если им необходимо обеспечить полноту эмоционального опыта, который потенциально может возникнуть в

любых аутентичных отношениях. Терапевты, как мы надеемся, будут иметь свободный доступ ко всем своим страстям и будут организовывать их для того, чтобы достигнуть своих собственных целей. Как бы ни был терапевт добр, альтруистичен или великодушен, ему не следует мотивироваться своим собственным желанием быть хорошим или считать себя благожелательным. Скорее, его способность утешать другого и быть великодушным должна происходить из глубин его чувства собственной ценности. Ницше (1968) точно схватывает эти ощущения:

«Грация — часть милосердия великодушных. Когда сила становится милостивой и опускается до видимости — подобное нисхождение я называю красотой. И ни от кого я не требую красоты так, как от вас, могущественные. Ваша доброта да будет вашим последним самопреодолением. На всякое зло я считаю вас способными, поэтому я хочу от вас добра. Поистине, я часто смеялся над слабыми, которые мнят себя добрыми лишь потому, что не имеют когтей» (1968).

В заключении этой главы приведу важное обращение к начинающим групповым терапевтам. Важно, как сообщалось прежде, чтобы они учились у мастеров и самостоятельно знакомились с основными принципами групповой терапии прежде, чем начнут развивать собственный стиль. Не менее важно и то, чтобы каждый ведущий группы не пытался стать ещё одним Яломом, Полстером, Гулдингом или Витакером. Все эти люди являются по-своему специалистами в своей области, и каждый уникален в своём подходе к групповой терапии. Очень важно, чтобы начинающие ведущие не пытались во всем соперничать с другими или делать из себя точную копию терапевта, которым они восхищаются. Лучше всего, чтобы каждый ведущий групп развивал и открывал свой собственный стиль. Этот принцип ясно демонстрируется историей, рассказанной Шелдоном Коппом о совете хасидского религиозного лидера (цадика), который он даёт своему юному ученику:

«Таким образом, отношения между цадиком и его учеником были решающим фактором в попытке оказать духовную помощь, так же, как и отношения между терапевтом и пациентом являются решающим в этом светском эквиваленте. Личность учителя занимает место доктрины. Это должно удерживать от превращения последней в догму. Когда мы чи-

таем истории многих цадиков, мы видим, что лучше всего их характеризовала их непохожесть, их поразительная индивидуальность. Не всегда это было приятно в начале тем людям, которые хотели не только помощи, но также и модели, образца поведения, с которым они могли бы соперничать. Итак, в одной истории последователи рабби Зуси спросили его: «Рабби, скажи нам, зачем ты учишь нас так, когда Моисей учил по-другому?» «Когда я попаду в грядущий мир, — ответил рабби Зуся, — там они не спросят меня: «Почему ты не был похож на Моисея?» Вместо этого, они зададут мне вопрос: «Почему ты не был больше похож на Зусю?» (1971, стр. 36).

Глава 13.

Перенос в группах

Понятие переноса издавна занимает главенствующее положение в психотерапии. Это было одним из величайших открытий Фрейда, и сейчас, по прошествии почти шестидесяти лет после его смерти, оно продолжает сохранять свое центральное значение в психоанализе и психодинамически ориентированной терапии. Каждый компетентный и хорошо обученный терапевт признает важность переноса в психотерапии, но все же в прошлом отдельные критики сомневались, может ли перенос существовать в группе. Некоторые из них верили, что групповая терапия размывает реакции переноса и нейтрализует данный феномен как таковой. Многие индивидуально ориентированные теоретики считали, что перенос может присутствовать лишь в контексте свободных ассоциаций. Поскольку считалось, что группа мешает свободным ассоциациям, то из этого следовало, что переноса в группах быть не может. Разумеется, свободные ассоциации имеют место и в группе, особенно если группа психодинамическая. Любой опытный терапевт-ведущий знает, что перенос в группе не только существует, но и, фактически, еще более обширен благодаря широкому спектру доступных трансферентных объектов. Перенос осуществляется не только на ведущего, но и на каждого из членов группы, и на группу в целом. Ялом зашел так далеко, что заявлял об этом как о чем-то очевидном в попытке оправдать подобную точку зрения во время публикации первого издания своего труда, почти тридцать лет назад. Он выделил шесть принципов переноса, рассеивая сомнения, которые бытовали среди некоторых теоретиков на этот счет.

1. Перенос имеет место в терапевтических группах; он поистине вездесущ и радикальным образом влияет на природу группового взаимодействия.
2. Без должного внимания к переносу и его проявлениям терапевт зачастую оказывается неспособным понимать процесс в группе.

3. Терапевт, игнорирующий перенос, может серьезно ошибаться в понимании некоторых трансакций, и будет скорее запутывать, нежели направлять членов группы; но если он видит во всем только трансферентные аспекты, он не сможет установить с участниками подлинных аутентичных отношений.
4. Существуют пациенты, терапия которых основывается на разрешении искажений переноса; есть и другие, улучшение состояния которых базируется на межличностном научении, происходящем в работе не с терапевтом, а с другими членами группы над такими темами, как соперничество, эксплуатация или конфликты в сфере сексуальности и интимности; есть также множество пациентов, выбирающих альтернативные пути излечения в группе и извлекающих основную пользу из иных терапевтических факторов.
5. Не все отношения с терапевтом базируются на переносе; многие опираются на реальность, тогда как другие иррациональны, но исходят из других источников иррациональности, присущих групповой динамике. (Еще Фрейду было известно, что не все групповые феномены могут быть объяснены индивидуальной психологией).
6. Сохраняя гибкость, вы сможете использовать подобные иррациональные отношения к вам пациентов с большой пользой для терапии, в то же время не пренебрегая и множеством других своих функций в группе. (1975, стр.194).

Следуя принципам Ялома, участники группы вскоре обнаружат ту степень, в которой они наделяют друг друга качествами членов своего раннего семейного окружения. Под руководством и направлением ведущего они получают возможность понять то, как они проецируют образы родителей и сиблингов на ведущего и других участников. Скорее всего, они увидят, насколько эти искажения определены их ограниченным детским опытом, и что надделение других теми признаками, которыми они сами не обладают, является результатом искажений структуры их собственного характера.

Определение переноса

Существует целый ряд тщательно разработанных определений переноса. Проще всего сказать, что перенос включает в себя два разных аспекта:

1. Он должен быть повторением прошлого.
2. Он не должен соответствовать настоящему.

Если обе эти характеристики не выдерживаются одновременно, то едва ли наблюдаемый феномен действительно является переносом. К примеру, если член группы воспринимает ведущего как контролирующего и требовательного, а ведущий и впрямь требователен и стремится к контролю, то это — не перенос. В этом примере восприятие терапевта членом группы абсолютно соответствует настоящему. Далее, если в личной истории этого члена группы не наблюдалось постоянного восприятия нейтральных людей как контролирующих и требовательных, маловероятно, что этот человек станет так воспринимать кого-то в настоящем, если только у него нет на то веских причин.

Однако, если кто-либо значимый из прошлого этого члена группы (т.е. отец, мать, сестра, брат и т.д.) воспринимался им как холодный, безразличный, эксплуатирующий или несправедливый, и мы имеем дело с нереалистичным наделением подобными установками совершенно нейтральных людей в настоящем, то высока вероятность того, что человек находится во власти искажений переноса. Перенос заставляет других людей казаться тем, чем они не являются.

К примеру, если Мэри воспринимает Бёрта как сердитого, критичного человека, которого не очень-то заботят чувства других членов группы, а остальные участники считают его добрым, заботливым и мягким, то неконгруэнтность восприятия Мэри совершенно очевидна. Существует семеро других людей, которые видят Бёрта в абсолютно ином свете. Что же такое есть в Мэри, что заставляет её искажать Бёрта, игнорируя реальность остальных членов группы? Мэри — успешная в других отношениях женщина, жена, мать и бухгалтер. Она зарабатывает на жизнь точностью восприятия. Мэри, выросшая в доме чрезмерно наказующего и критичного отца-алкоголика, вспоминает его всякий раз, как слышит интонации Бёрта, говорящего в особом, характерном для него стиле. Мэри переносит на Бёрта собственные чувства гнева и негодования на отца. Но чувства эти не соответствуют настоящему моменту, поскольку в действительности Бёрт похож на ее отца только ростом и голосом, и более ничем. Леви (Levy, 1984) пишет об этом процессе:

«Психоаналитические теории психопатологии основываются на идее о том, что прошлое искажает настоящее, что прошлые трудности постоянно повторяются, и что выздоровление базируется на раскрытии старых конфликтов и разрешении последних таким образом, что их искажающее влияние устраняется. Можно ожидать, что пациент будет существенно исказить свои значимые взрослые отношения, приспособив их к структуре своих бессознательных затруднений, обычно связанных с конфликтными отношениями к родителям в ранние годы, когда происходило его формирование и развитие». (стр.94)

Перенос, каким он оказывается в терапевтических условиях, позволяет ведущему группы заглянуть в прошлое пациента. Исследование взаимодействия членов группы становится средством понимания способа, посредством которого прошлое пациента, воспроизведенное в реакциях переноса здесь и сейчас, вмешивается в нынешние отношения пациента. Перенос — это средство узнавания прошлого путем повторного переживания его в настоящем. Мы все склонны повторять прошлое, искажая настоящее, и до тех пор, пока пациенты не осознают свои собственные идиосинкратические искажения, они будут обречены повторять их.

Леви подчеркивает важность признания того, что такие повторения происходят со всеми:

«Подобные искажения не стоит считать присущими только носителям серьезной психопатологии. Любые межличностные взаимодействия окрашены прошлыми переживаниями, формирующими нынешние ожидания и реакции. Особенно конфликтные и неудовлетворительные отношения с родителями и другими влиятельными фигурами детства имеют чрезвычайно длительное и искажающее влияние на отношения людей в зрелом возрасте. Как же соотносить такое повсеместное искажение с концепцией переноса так, чтобы последний термин не утратил своего специфического клинического значения? Перенос — это проявление в психотерапевтических отношениях вездесущего искажающего влияния прошлых отношений на настоящие, подкрепленное регрессивными силами, неотъемлемо присущими ситуации лечения, и проясненное терапевтической нейтральностью, относитель-

ной анонимностью и объективностью перед лицом искаженного видения терапевта пациентом». (1985, стр.94)

Перенос, как средство интерпретации прошлого, может быть весьма действенным терапевтическим инструментом. Однако, как и любая техника, он может стать деструктивным, будучи самоцелью, а не средством лучше понять пациента. Терапевты, неосторожно обращающиеся с переносом, могут прятаться за его интерпретациями, потому что им трудно иметь дело с эмоционально возбуждающим материалом. Как предупреждает Кернберг (1984), перенос обычно кристаллизуется вокруг некоего реального аспекта личности терапевта. Как и в параноиде, в нем всегда присутствует элемент истины. Однако, обычно это сильно преувеличенное и искаженное наблюдателем восприятие. Если терапевт не будет аккуратным, ему не удастся понять, какую свою часть он привносит в трансферентное искажение. Скотт Рутан (1983) рассказывает историю, в которой схвачена самая суть такого типа затруднений:

Во время обсуждения случая из практики студент-медик обнаружил, что ему особенно сложно выдать свое первое направление к психиатру. Из описания этого студента было ясно, что его пациентка хронически злоупотребляет наркотиками и имеет пограничное личностное расстройство. Было также очевидно, что она прекрасно осознает нервозность и некомпетентность студента, что только еще больше приводит ее в бешенство. По мере того, как он допускал просчет за просчетом в терапевтической работе с этой женщиной, неделя за неделей, ее нарциссическая ярость продолжала расти с каждой нарциссической травмой, которую она переживала. Наконец, после того, как он в течение трех недель подвергался постоянным аффективным нападкам этой женщины, один из старших медицинских работников, заметив, что студент после этих встреч выглядит подавленным и изможденным, мягко предложил использовать для этого случая медикаменты. Во время обсуждения этой возможности студенты и стажеры обратились к Рутану, спросив, что он думает по этому поводу. Не моргнув глазом, Рутан ответил: «Мне кажется, это отличная идея; но прописать их студенту, а не пациентке».

Терапевт, нечуткий к собственным реакциям контрпереноса, может приписывать пациенту некие качества неточно, преувеличенно или искаженно. Или, как иллюстрирует предыдущий пример, он может отыгрывать противодействие пациенту из-за собственного внутреннего дискомфорта или гнева. Слишком часто пациенту прописывают лекарства лишь потому, что его аффекты невыносимы для терапевта.

Зачастую для развития переноса нужно время. Однако, существует множество случаев, когда пациент демонстрирует его немедленно и очень мощно. Именно это чаще всего происходит в случае с наркоманами и алкоголиками. Разрешение искажений переноса требует мастерства, терпения и времени. К сожалению, время — как раз то, чего зачастую нет. Это особенно верно в случае стационарного лечения и узких временных рамок, навязываемых *managed care* и страховыми покрытиями третьих сторон. Ведущие групп зачастую вынуждены быстро и прямо отвечать на негативные или разрушительные искажения переноса. Положительные трансферентные реакции, такие, как идеализация, должны быть задействованы и использованы для пользы пациента. Ялом считает, что умелое и благоразумное использование прозрачности, вознаграждения и самораскрытия может сильно помочь при многих ранних негативных реакциях переноса. Временами это может оказаться бесполезным, поскольку временные рамки и основные темы лечения не всегда позволяют ведущему роскошь медленно прорабатывать подобные искажения.

Ялом не считает, что прозрачность или самораскрытие, примененные аккуратно, обязательно будут мешать феномену переноса. Однако, прозрачность и самораскрытие терапевта должны зависеть от того, будут они препятствовать или способствовать достижению терапевтических целей. Самораскрытие и прозрачность должны использоваться для того, чтобы обеспечить поддержку, принятие и поощрение там, где это необходимо. Это особенно верно для наркоманов и алкоголиков на ранних стадиях выздоровления, когда абстиненция висит на волоске. Переносы, которые могут мешать абстиненции, должны разрешаться быстро. Ялом напоминает ведущим, что задачей терапевта является не выработка положительных чувств, но их обнаружение и идентификация посредством избирательного самораскрытия. Пациент, нуждающийся в поддержке, помощи и руководстве, ничего не выигрывает

от неприязни, недоверия или гнева терапевта. Ничего не получит пациент и от терапевта, имеющего нездоровую потребность нравиться, быть предметом восхищения и идеализации.

Анонимность и ее противоположность, прозрачность, — зачастую неправильно понимаемые понятия даже внутри психоаналитического сообщества. Терапевтическую нейтральность часто путают с чистым экраном или ненавязчивой позицией терапевта-аналитика. Терапевту, даже в аналитической традиции, нужно быть способным устанавливать теплые отношения, не позволяя никаким предрассудкам, конфликтам и внешним искажениям примешиваться к терапевтической сессии. Это вовсе не означает, что терапевт должен быть дистантным, индифферентным, холодным или невовлеченным. Терапевт должен эмоционально вовлекаться в жизнь своих пациентов, также как ведущий группы должен быть эмоционально вовлеченным участником-наблюдателем в группе.

Перенос характерен не только для пациентов, но и для терапевта и ведущего группы. Понятие контрпереноса было впервые использовано для того, чтобы отличить перенос терапевта от переноса пациента — различие, несправедливо предполагающее, что одно однозначно отличается от другого. Взгляд на контрперенос претерпел за последние несколько лет некоторые радикальные изменения. Поначалу контрперенос понимался довольно узко. Это было что-то, чего терапевт должен избегать, и что представляет собой реакцию на перенос пациента. Многие аналитики-классики верили, что реакции контрпереноса являются результатом неразрешенных или не полностью проанализированных внутренних конфликтов аналитика. Наличие подобных контрпереносных чувств к пациенту было недопустимым и обычно означало, что терапевту следует вернуться к собственному психоанализу. Сегодня все шире принимается мнение, что подобные реакции контрпереноса не только неизбежны, но что их и не следует избегать. Они могут стать богатым источником полезной информации о пациенте, если будут должным образом поняты и использованы терапевтом. Чтобы лучше понять, как переносы пациента и терапевта могут взаимодействовать, последовательно раскрывая важную и полезную для лечения информацию, мы обсудим эти понятия ниже.

Возможности переноса в группе

Влияние на Ялома Гарри Стэка Салливана (1953) было подчеркнуто в Главе 4. Здесь важно вкратце напомнить о том значении, которое имело понятие «паратаксического искажения» Салливана для подхода Ялома к разрешению трансферентных искажений в группе. Паратаксическое искажение — это наша склонность исказить свое восприятие других. Подобные искажения, сами себя увековечивая, ведут к самореализующимся пророчествам. Первичное искажение наркоманов и алкоголиков заключается в том, что людям нельзя доверять. Они упорно выбирают в друзья и любовники таких же алкоголиков и наркоманов, заведомо не вызывающих доверия. Вследствие этого, их видение других людей и мира как не стоящего доверия постоянно поддерживается. Таким образом, оправдывается то, что они удерживают других людей на расстоянии и никому не верят. Это — игра аддиктов. Их выигрыш заключается в том, что они не должны подходить достаточно близко ни к одному человеку, которому можно доверять, поскольку их глубинный страх — не оправдать ожиданий, не подойти, оказаться неадекватными и неприемлемыми для других.

Искажения подобного рода могут быть изменены только при помощи того, что Салливан называл «согласованным подтверждением» (дословно «консенсуальной валидацией»). Для психологически развивающихся детей это требует сравнения своего восприятия с восприятием ровесников. Изолированные же индивиды сохраняют свое искаженное восприятие, увековечивающее самое себя. Они приходят к заключению о том, что уникальны в своей «нехорошести», и что если бы другие узнали, каковы они на самом деле, то отвергли бы их. Восприятие других людей как не вызывающих доверия — это защитная операция, предохраняющая алкоголиков и наркоманов от проявления своего подлинного Я. Групповая терапия требует, чтобы участники группы обращались к своим бессознательным страхам и модифицировали свои искажения посредством согласованного подтверждения. Как только члены группы начинают понимать свои трансферентные искажения, им приходится смотреть на себя более реалистично и, следовательно, в большей степени проявлять в группе свое подлинное Я. В конечном счете, через коррективный эмоциональный опыт они начинают осознавать, что их могут принять такими, какие они

есть, и нет нужды общаться с другими людьми в манере, тянущейся из давнего прошлого.

Ведущий должен помнить, что перенос — это бессознательный феномен. Члены группы не осознают, что они делают это. Только если чьи-либо действия не имеют смысла для других участников, искажение переноса получает шанс быть проявленным и проясненным. Реакции или чрезмерные реакции одного из членов группы обычно становятся очевидными для других людей в группе раньше, чем для самого этого человека. Прежде, чем подобное поведение будет изменено, необходимо оживление инфантильной реакции в настоящем. Следовательно, изменение невозможно без того, чтобы члены группы осознали свои искажения переноса. Терапевтическая группа позволяет своим участникам иметь дело с подобными инфантильными искажениями сейчас, будучи взрослыми, когда они способны полнее понять их. Они могут быть вновь прожиты в безопасной атмосфере группы и изменены так, чтобы старые бессознательные паттерны перестали мучить своего обладателя. Как воскликнула одна из участниц группы после внезапно озарившего ее осознания своих искажений переноса: «Потрясающе в этой группе то, что я могу вернуться и пережить все, с чем мне приходилось бороться один на один, когда я была ребенком, а здесь вокруг меня все эти люди, которые помогают мне».

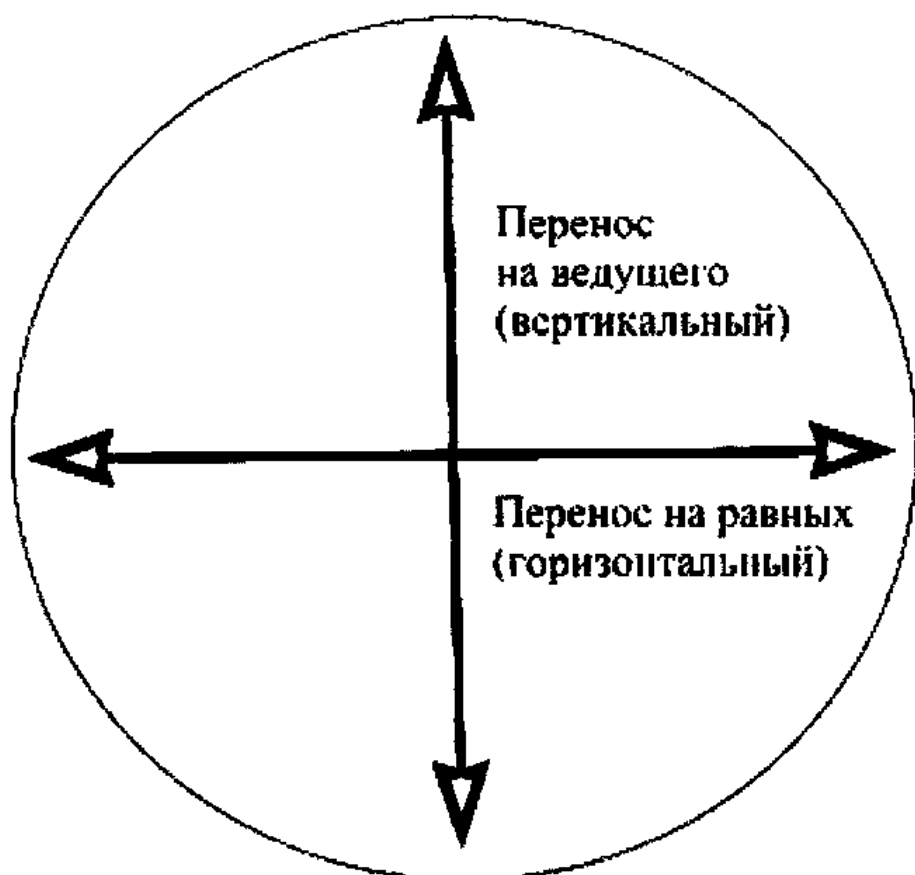
Перенос имеет место в любой форме психотерапии, но групповая терапия расширяет возможности для него. Дело не только в том, что каждый член группы запускает отдельные индивидуальные трансферентные реакции; существуют еще и три различных трансферентных процесса, присущих каждому групповому опыту, и их следует различать. Это вертикальный, горизонтальный и символический перенос (см. рис. 13.1).

1. Перенос на ведущего (вертикаль).
2. Перенос на равных (горизонталь)
3. Перенос на группу-как-целое (символическая мать)

Перенос на ведущего

Перенос на ведущего обычно относится к либидинальным искажениям, связанным с неразрешенными эдиповыми проблемами. Следовательно, конфликты, связанные с властью, зависимостью, успехом и авторитетом будут проявляться вокруг вертикального полюса.

Рис. 13.1



Группа-как-целое (Символическая мать)

Это те типы трансферентных вопросов, которые легче всего возникают в индивидуальной терапии. В зависимости от раннего индивидуального опыта каждого из членов группы, кто-то может воспринимать ведущего как холодного и дистантного; другие будут считать его теплым и дающим поддержку. Некоторые будут яростно защищаться или зависеть от ведущего, ожидая от него руководства и направления, тогда как другие окажутся демонстративно независимыми и вызывающими по отношению к нему.

Перенос на равных

Перенос на равных включает в себя всё, что относится к конкуренции — все темы, связанные с ревностью, завистью и сотрудничеством. Члены группы будут часто разжигать в себе чувства сиблингового соперничества. Участники могут напоминать друг другу братьев, сестер, мужей, жен или любовников. В иное время у них могут пробудиться родительские искажения переноса. Так происходит потому, что группа являет собой до того разнообразный ис-

точник трансферентных стимулов, что это позволяет пережить, а в конце концов и разрешить большое количество искажений.

Перенос на группу-как-целое

Группа как символическая мать помогает стабилизировать течение терапии. Большая часть терапевтической эффективности группы базируется на доэдипальном материнском переносе. Если группа оказывается символической плохой матерью, то она возбуждает примитивный гнев и ярость. Немногие алкоголики или наркоманы способны вынести подобные чувства, для них группа окажется чересчур угрожающей. Вот почему сплоченность, доверие и безопасность столь важны для начинающей терапевтической группы. Благожелательное терпение группы, принятие и безопасность могут достичь такого уровня, что будет пережито растворение в материнско-детском симбиозе с повторным рождением. Интенсивность индивидуальных искажений переноса, будь то бунтарский гнев или страхи зависимости и поглощения, размывается присутствием других членов группы. Символическая хорошая мать будет служить вместилищем тревоги членов группы и обеспечит необходимую поддерживающую среду (*holding environment*), позволяющую обратиться к искажениям переноса и модифицировать их.

Модификация искажений переноса в группах

Как только установлен должный терапевтический климат, ведущий может направить свою энергию на проявление и преобразование искажений переноса каждого из членов группы. В распоряжении у ведущего находятся три базовых средства для выполнения этой задачи:

1. Интерпретация
2. Согласованное подтверждение
3. Прозрачность

Интерпретация

Интерпретация играет особую и уникальную роль в психоанализе и психоаналитической групповой психотерапии. В то время как каждая форма психотерапии обладает своими собственными средствами для привнесения изменений в жизнь человека, интерпретация оказывается краеугольным камнем психоаналитической групповой психотерапии, где именно с ее помощью передается информация. Интерпретация — это утверждение ведущего по пово-

ду чего-то, высказанного или проявленного пациентом, идентифицирующее те черты его поведения, которые он не полностью осознает. Интерпретации переноса предназначены для того, чтобы расширить осознание пациентом его собственных идиосинкратических искажений восприятия других, которые можно заметить в группе. Задействование переноса становится ключевой задачей ведущего. Но он не должен конфронтировать или выявлять перенос преждевременно, а также в атакующей или приводящей в смущение манере. Точно выбранное время — ключ к решению. Несвоевременная интерпретация может усилить подавление или регресс в группе. Точность — еще один важный фактор. В случае неточной интерпретации члены группы часто цепляются за сделанное утверждение, используя его в качестве защиты. Точная интерпретация вызовет более глубокие ассоциации и чувства. Однако, точные интерпретации могут вызвать в пациенте и сильные негативные чувства. Не ждите, что члены группы будут отвечать на них признанием, говоря: «Спасибо Вам большое, это было действительно полезно». Точная интерпретация разоблачает человека и часто переживается им как нарциссическая травма. Своей точной интерпретацией ведущий фактически говорит: «Твой промах заметен, и я об этом знаю». Часто это обескураживает членов группы, потому что ведущий проник сквозь их защиты, и результатом этого обычно бывает страх, гнев или стыд.

Согласованное подтверждение

Искажения переноса лучше всего исправляются, когда члены группы начинают сравнивать свое восприятие с восприятием других. Это особенно важно для алкоголиков, наркоманов и людей с расстройствами характера. Интерпретации редко срабатывают с такими пациентами из-за их тенденции к чрезмерному использованию эго-синтонных защит. Их характерологическая защитная поза предохраняет их слишком хорошо. Часто они не переживают того уровня внутреннего дискомфорта, который присущ невротикам, так что они редко сами стремятся к терапии. Обычно их посылают или приводят на терапию другие, находящие их характерологические черты беспокоящими, обидными и проблемными. Подобные пациенты убеждены в том, что «это другие, там» являются проблемой. С ними-то все было бы прекрасно, если бы их оставили в покое. Необходимо, чтобы общее согласие осталь-

ных членов группы перевесило их искажения, прежде чем они станут способны допустить идею о том, что они сами могут быть причиной собственных трудностей. Такое подтверждение товарищей имеет гораздо более сильное воздействие, нежели подтверждение ведущего.

Прозрачность

Искажения переноса также могут быть скорректированы, если ведущий будет более прозрачным и в большей степени откроет себя. Однако, если он раскрывается слишком быстро, это может повредить переносу. Поскольку перенос (так же, как свободные ассоциации и сны) — это способ достичь бессознательного, то преждевременное использование прозрачности может разрушить ценный и важный источник самоисследования и осознания. Наряду с важностью использования ведущим прозрачности как способа исправить деструктивные искажения переноса, он должен тщательно оценивать причины своего большего самораскрытия перед группой и ее членами. Прозрачность не должна быть оправданием доминирования в группе или использования группы для удовлетворения собственных потребностей. Ведущий не должен бороться с членами группы за доминирование путем нарциссической демонстрации собственного блеска или превосходства. Ему следует использовать прозрачность как средство допущения равных отношений во имя эффективного использования терапевтического давления. Ведущий должен быть способен относиться к взаимоотношениям членов группы не с завистью или желанием вмешаться, а с осторожным уважением. Ревнивый родитель — это не хороший родитель.

Типы переноса в группах

Перенос проявит себя во множестве форм. В то время как индивидуальная терапия создает особый тип атмосферы, которая ведет к вероятности проявления определенных типов переноса, групповая терапия добавляет к этому свои собственные уникальные влияния. Ведущий группы может стать свидетелем трех общих типов переноса в терапевтической группе:

1. Смещенный перенос.
2. Перенос, отыгрываемый вовне.
3. Компульсивное повторение.

Смещенный перенос

Некоторые теоретики считают, что смещенный перенос — это тот его тип, который чаще всего проявляется в терапевтической группе (Alonso, 1985). Члены группы используют свои истории как способ смещения собственного сопротивления. К примеру, член группы может сказать, что злится на своего отца, тогда как в настоящий момент злится на ведущего. Исторический материал может показаться чрезвычайно богатым, и ведущий окажется перед искушением броситься в погоню за его аффектом, не сумев понять, что именно он сам является актуальным источником проявления последнего. Члены группы могут, кроме того, перемещать свои трансферентные реакции друг на друга, вместо того, чтобы рискнуть продемонстрировать подобные чувства непосредственно ведущему. В крайних случаях это может выразиться в нахождении козла отпущения. Группа начинает направлять свою агрессию не на ведущего, а на одного из участников.

Отыгрывание переноса вовне

Отыгрывание вовне — термин, применение которого терапевтами часто вызывает путаницу. Он обычно используется для описания агрессивного, антисоциального поведения, часто направленного против общества. Это — слишком узкое определение. Отыгрывание вовне — это подлинный феномен переноса. Не говоря о своих чувствах, люди непосредственно разряжают их вместо того, чтобы сублимировать. Разозлившись, они пропускают сессию или кричат на ведущего. Кроме того, они могут его идеализировать. Когда приходит неизбежное разочарование, они отыгрывают свой гнев, а не говорят о чувствах разочарования или фрустрации.

Отыгрывание вовне действительно является формой коммуникации. Несмотря на то, что некоторые видят в нем форму сопротивления, это не столько сопротивление переносу, сколько перенос как таковой, потому что оно имеет коммуникативное значение. Раньше определение отыгрывания содержало в себе неподтвержденное избыточное акцентирование моторных действий. В действительности, отыгрывание вовне включает в себя нечто большее, чем только поведение. Сюда включается также мышление и переработка информации. В таком контексте отыгрывание вовне часто приводит к тому, что члены группы или делают по отношению к ведущему то, чего они желали бы в свой адрес, или то,

чего они боятся по отношению к себе. Они с любовью относятся к ведущему, поскольку хотели бы того же от него, или атакуют ведущего, потому что боятся, что тот нападет первым.

Бланк и Бланк (1974) определяют отыгрывание вовне как «поведение, мотивируемое бессознательными, объектно-направленными фантазиями, подавленными эго» (стр.101). Кернберг (1975) видит тесную связь отыгрывания вовне с отношениями между пациентом и терапевтом. Он пишет: «Пациент может стремиться к действиям, направленным на терапевта, вместо того, чтобы размышлять о своих чувствах по отношению к последнему» (стр.85). Отыгрывание вовне, в классическом смысле, — это разрядка напряжения влечения, достигаемая такой реакцией на нынешнюю ситуацию, как если бы это была та самая изначальная ситуация, что впервые вызвала это влечение. Термин «перенос» применяется, если отношение или поведение появляется как реакция на некоторых определенных людей. Он называется отыгрыванием вовне (в собственном значении этого слова), если применяется неразборчиво.

Структура характера человека является примером хронического и привычного паттерна отыгрывания вовне, развившегося в результате конфликта между инстинктивными требованиями и фрустрирующим внешним миром. Алкоголики и наркоманы, вследствие своей склонности использовать характерологические паттерны для самозащиты, будут избыточно использовать в терапии отыгрывание вовне. Групповая терапия, благодаря природе ее регрессивной тяги, вызовет отыгрывание вовне даже у тех индивидов, которые обычно к нему не склонны.

Среди ведущих групп существует общее согласие о том, что отыгрывание вовне скорее произойдет в терапевтической группе, нежели в индивидуальной терапии. Вдобавок, оно более вероятно у химически зависимых пациентов. Бесполезно запрещать его. Скорее, ведущий группы должен использовать его в качестве информации. Величина или характер отыгрывания вовне зависит не только от композиции группы, но также и от сознательных и бессознательных установок ведущего.

Распространенные типы переноса, отыгрываемого вовне

Кохут, говоря о нарциссическом переносе (1977a), описывает три распространенных типа характерологического переноса, отыгры-

ваемого вовне. Это идеализирующий, зеркальный перенос и перенос слияния (см. Главу 6).

Идеализирующий перенос

Происхождение идеализирующего переноса обусловлено потребностью маленького ребенка иметь надежные, безопасные отношения с сильным родителем, чтобы чувствовать себя надежно и безопасно. Родитель идеализируется и воспринимается как более могущественный и сильный человек, чем он (она) есть на самом деле — как средство, дающее ребенку возможность отражать вторгающиеся в его мир страхи, тревоги и угрозы, исходящие от его окружения.

Идеализация может также принять форму идеи или идеалов. Идеалами могут быть цели, которых ребенок стремится достичь и с которыми идентифицируется здоровым образом. Детское чувство собственной ценности зачастую связано с идеями о достижениях и признании. По мере того, как ребенок растет, это чувство перерастает в зрелую способность гордиться и уважать себя. Идентичность уже установилась, а способность удовлетворять самость интернализирована. Если этот процесс успешно реализован, ребенок вырастет во взрослого, которому для ощущения безопасности не нужно будет обязательного присутствия рядом кого-нибудь сильного, как не нужно будет и идеологической причины.

Люди, выросшие в окружении, лишившем их идеализированного другого, будут постоянно искать его в своей взрослой жизни. Они будут стремиться к сильным лидерам, благим, праведным делам или к жестким системам верований, чтобы чувствовать себя в безопасности. В более патологических случаях они могут оказаться жертвой харизматического религиозного лидера, предоставляющего им ригидную, предсказуемую систему верований, которая будет защищать их до той поры, пока они подчиняются всем правилам. В других случаях подобные депривированные индивиды будут приверженцами политических систем с авторитарным лидером или же, на менее драматическом уровне, выберут себе сурового и контролирующего супруга. Поскольку они не позволяют себе видеть других такими, какими те на самом деле являются, то они искажают свое восприятие, стремясь сфокусироваться только на силе или иных достойных восхищения чертах другого человека. Это те пациенты, которые идеализируют своего терапевта, видя в

нем полное совершенство. Они чувствуют себя уверенными только в присутствии терапевта. Для того, чтобы защитить свою потребность видеть лидера сильным, они не будут позволять себе видеть недостатки тех людей, от которых они зависят.

Ялом (1985) приводит превосходный пример подобного идеализирующего переноса в отрывке из «Войны и мира» Л.Толстого. Героя, Ростова, захлестывают эмоции в присутствии своего идеализированного лидера — царя:

«...он весь был поглощен чувством счастья, происходящего от близости государя. Он чувствовал себя одною этою близостью вознагражденным за потерю нынешнего дня. Он был счастлив, как любовник, дождавшийся ожидаемого свидания. Не смея оглядываться во фронте и не оглядываясь, он чувствовал восторженным чутьем *его* приближение. И он чувствовал это не по одному звуку копыт лошадей приближавшейся кавалькады, но он чувствовал это потому, что по мере приближения все светлее, радостнее и значительнее и праздничнее делалось вокруг него. Все ближе и ближе подвигалось это солнце для Ростова, распространяя вокруг себя лучи кроткого и величественного света, и вот он уже чувствует себя захваченным этими лучами, он слышит этот голос — этот ласковый, спокойный, величественный и вместе с тем столь простой голос... И Ростов встал и пошел бродить между костров, мечтая о том, какое было бы счастье умереть, не спасая жизнь (об этом он и не смел мечтать), а просто умереть в глазах государя. Он действительно был влюблен и в царя, и в славу русского оружия, и в надежду будущего торжества. И не он один испытывал это чувство в те памятные дни, предшествовавшие Аустерлицкому сражению: девять десятых людей русской армии в то время были влюблены, хотя и менее восторженно, в своего царя и в славу русского оружия». (Л.Н.Толстой, «Война и мир», Москва, «Художественная литература», 1979, стр.320,324; в оригинале цит. по «Ялом, 1995», стр.195-196).

В некоторых случаях идеализирующие пациенты заходят довольно далеко, лишь бы продолжать видеть в терапевте человека, не делающего ошибок. Зачастую для них слишком страшно увидеть его существом, которому свойственно ошибаться. Это прояв-

ляется также и во внегрупповых отношениях пациентов. К примеру, именно поэтому они часто выбирают себе в мужья или в жены абсолютное «не то». У них есть склонность воспринимать лишь идеализированные хорошие черты своих партнеров, и они неспособны видеть более негативные стороны личности избранника. И как только осознание того, что человек представляет собой в действительности, начинает со временем до них доходить, они чувствуют себя разочарованными и преданными. Описание случая из практики поможет проиллюстрировать, на какую степень идеализации способен пациент во имя сохранения незапятнанным образа «идеального другого».

Фред, тридцатишестилетний бухгалтер, демонстрировал интенсивный идеализирующий перенос на своего ведущего, и яростно защищал того от критики со стороны других членов группы. Кроме того, Фред непрерывно смотрел на ведущего, ожидая с его стороны одобрения, всякий раз, когда брал слово в группе. В моменты замешательства Фред действительно спрашивал у него: «Что же я сейчас чувствую?» В конце концов, после очень болезненного эмпатического провала терапевта Фред взорвался, разразившись гневной тирадой, обвиняющей того в неспособности понять природу дискомфорта Фреда. Не в силах вынести осознание того факта, что ведущий может ошибаться или заблуждаться, Фред был сражен своим разочарованием и отреагировал нехарактерной для себя яростью. После того, как взрыв прошел, другие члены группы поздравили Фреда, похвалив его ассертивность, поскольку впервые увидели, что он способен не только с готовностью исполнять требования ведущего, но и на что-то иное. Ближе к концу группы ведущий также выразил свою поддержку нехарактерного для Фреда вызова. На следующей сессии Фред заявил терапевту, что обдумывал инцидент в течение недели и пришел к выводу, что ведущий специально сделал ту ошибку. Фред сказал, что, «тщательно все продумав, обнаружил», что ведущий в действительности сделал это, чтобы спровоцировать Фреда на гневную реакцию, поскольку ведущий знал, что это будет хорошо для него. После чего Фред поблагодарил терапевта за мастерство и дальновидность в применении такой творческой стратегии. Потребность Фреда в сохранении нетронутым образа ведущего как идеализированного друго-

го была столь велика, что он проделал ряд изоощренных интеллектуальных кульбитов, пока не удостоверился в том, что его ошибка воспринимается как хорошо спланированная и рассчитанная стратегия. Такой же была дилемма Фреда и вне группы. Он постоянно пропускал шансы продвинуться по службе из-за своей склонности делиться хорошими идеями с шефом, откровенно эксплуатировавшим его. Фред же не мог увидеть шефа не таким, каким хотел бы, чтобы тот был.

Зеркальный перенос

Если дети в период эмоционального развития не получают безусловного восхищения и признания со стороны некритичных матери или отца, то в своей взрослой жизни они будут постоянно искать этого подтверждения. Подобные индивиды будут требовать отношений с таким другим, который стал бы согласным и отражающим зеркалом. Они будут требовать постоянной реакции на себя, восхищения и подтверждения. Они вынуждены во взрослой жизни вечно искать во внешнем мире того, чего им не хватило в детстве в мире внутреннем. Другой человек становится для них тем, что Кохут называет Я-объектом. Часто они становятся весьма успешными людьми, которых навязчиво влечет известность, признание и восхищение других. Они будут расцветать от признания и чувствовать себя обездоленными, пустыми и истощенными, если признание и восхищение не приходит. Если их чувство важности оказывается под угрозой или же не вознаграждается немедленно, они нарциссически травмируются и впадают в ярость, или же становятся крайне подавленными. Для иллюстрации подобной проблемы переноса приведем случай из практики.

Том, тридцатилетний кокаинист, проходил одновременно групповую и индивидуальную терапию. Он расцветал на индивидуальных сессиях, потому что все время и энергия фокусировались исключительно на нем. Он буквально начинал каждую индивидуальную сессию, спрашивая терапевта, как он сегодня выглядит. Он искал и стремился к подтверждению со стороны терапевта, ему надо было слышать, что он в порядке. Во многом подобно человеку, стоящему перед зеркалом, чтобы убедиться, что осанка у него прямая, Том точно так же вставал перед терапевтом. И если ему хватало необходимого отзеркаливания в индивидуальной терапии, то гораз-

до больше сложностей он испытывал в группе. Другие члены группы уставали от его настойчивого желания говорить о себе каждую сессию. Том очень неохотно делил с другими место «под софитами» группы, и это привело однажды к кризису, когда вопиющая очевидность его нежелания отказываться от «своего времени» в группе, несмотря на то, что две самые поддерживающие его обычно участницы испытывали в тот момент острый эмоциональный дискомфорт, стала видна остальным. Поскольку для этих двух женщин было нехарактерно подобное видимое огорчение, так же как и их просьба уделить им время группы, другие участники разозлились на Тома за его бесчувственность. Поведение Тома было особенно провокативным для группы, поскольку обе эти женщины оказывали ему раньше постоянную поддержку. Том оказался неспособен вынести реакцию группы и в конце концов отказался возвращаться в нее, заявляя: «Я не хочу быть участником группы, которая не собирается давать мне поддержку. Мне хватает этого и в реальном мире».

Перенос слияния

Еще один вариант нарциссического переноса называют близнецовым переносом, альтер эго или переносом слияния. Он характеризуется убеждением пациента в том, что все в группе или такие же, как он, или похожи на него. В некоторых случаях члены группы ожидают даже, что психологическая структура ведущего будет такой же или очень похожей на их собственную. Этот феномен объясняет то неловкое чувство, которое каждый из нас испытывает в чужом окружении, как бывает при первой поездке за границу. По контрасту, перенос слияния объясняет тот комфорт, который мы испытываем в присутствии людей, которых воспринимаем как себе подобных.

У наиболее задержавшихся в развитии участников группы перенос слияния будет проявляться в их отказе видеть других членов группы отличными от себя. Они будут протестовать против любых попыток дифференциации членов группы, настаивая на том, что «мы все похожи» или «мне все одинаково приятно здесь в группе». Если ведущий не бросает вызова такому трансферентному искажению, то члены группы будут продолжать скрывать свои индивидуальные различия за фасадом вынужденного согласия и

притворного сходства. Они никогда не поймут, могут ли они рискнуть по-настоящему быть самими собой с другими людьми. Если это не изменится, группа станет общей иллюзией, в которой каждый втиснут в рамки одинаковости и равенства. Задача ведущего — противопоставлять личные истории отдельных членов группы и снова и снова указывать на их различия. Цель — постепенно сдвинуть участников от «мы» к «Я». Каждый член группы должен прийти к осознанию того, что индивидуация и сепарация не несут в себе никакой угрозы.

Компульсивное повторение

Компульсивное повторение — это тот феномен переноса, который, скорее всего, возникнет в группе первым (Rutan, 1983) и будет проявляться в групповом взаимодействии здесь и сейчас. Посредством его проявления члены группы будут пытаться отменить то, что было сделано, но осталось незавершенным в их прошлом. Это касается и повторения переживания. Для человеческого поведения в целом характерна общая тенденция к постоянному повторению болезненного опыта, и к тому, чтобы любое незавершенное, нецелостное переживание мучительно преследовало нас. Повторное действие во взрослом состоянии обычно бывает самопораженческим, но подспудный мотив, предположительно, состоит в том, что индивидуум стремится переделать заново изначальную травму в надежде, что сможет с нею справиться.

В крайнем проявлении это происходит с детьми, выросшими в доме алкоголиков. Пример поможет прояснить этот пункт.

Будучи докторантом и завершая свою выпускную работу, я работал неполный рабочий день консультантом и вел прием в местном центре лечения алкоголизма. Однажды поздним вечером, около полуночи, я сидел один в своем кабинете, разбирая записи, когда зазвонил телефон. Такой поздний звонок был необычным явлением, поскольку в агентстве была организована специальная служба, отвечавшая на все звонки после полуночи. Поскольку телефон продолжал звонить еще и еще, какой-то импульс, похожий на прилив любознательности, заставил меня снять трубку. Это было совсем не похоже на меня, но я чувствовал, что не могу не узнать, что заставляло человека на другом конце провода настойчиво продолжать держать трубку, когда на звонок так долго не отвечают.

Поскольку я ожидал услышать человека в состоянии интоксикации, меня поразил мягкий, нежный и кроткий голос взволнованной женщины. Она говорила, и в словах ее слышалась глубокая грусть — тот тип грусти, что появляется после долгой борьбы, в которой человек обнаружил некую неприятную правду о самом себе. Я вежливо проинформировал ее о том, что агентство уже закрыто, но что я охотно дам ей другой номер телефона, если речь идет о необходимости срочной помощи. Она мягко согласилась, сказав, что сможет подождать до утра, и вежливо дала мне понять, что позвонит снова на следующий день. Я был готов уже повесить трубку, когда она поинтересовалась, не могу ли я оказать ей любезность и ответить на один вопрос, который мучает ее сейчас. Поскольку в ее голосе звучала боль страдающей души, тихо бьющейся над каким-то очень личным и очень значимым вопросом, я быстро дал согласие, сказав, что попробую. Она сделала паузу, а потом с полнейшей искренностью спросила: «Мой теперешний муж — алкоголик, мой первый муж был алкоголиком, и мой отец был алкоголиком. Может быть, что-то не так со мной?» Меня глубоко потрясла искренность ее вопроса. Неспособный на мгновенный ответ, я молчал, и в голове у меня сложился образ молодой взволнованной женщины, сидящей в одиночестве за кухонным столом далеко за полночь, моля об ответе на беспокоящий ее вопрос. Ответа и не требовалось, поскольку весь груз прошлого, накопленный за долгие годы, уже обрушился на нее в суровом осознании того, что повторяющаяся природа ее бессознательной компульсии уже обрисовала вполне определенный и болезненный паттерн ее жизни.

Эта женщина, как и многие другие взрослые дети алкоголиков, — превосходный пример человека, захваченного в плен компульсивным повторением. Вот почему столь многие дети, выросшие с родителем-алкоголиком, пренебрегают логикой и продолжают, повзрослев, вступать в брак с алкоголиками или выбирать партнеров-алкоголиков. На эмоциональном уровне, приостановленном в развитии, они чувствуют себя ответственными за семейный хаос. Если бы только они смогли помочь Папочке прекратить пить, все было бы хорошо. Поскольку они не смогли исправить Папу, может быть, они смогут вновь, по-другому, попробовать сделать это с супругом. Первоначальный травматический опыт (алкоголизм

отца) ведет их к повторению этого опыта в своей взрослой жизни в надежде на то, что на этот раз они справятся. Осознание этого процесса остается глубоко подавленным, поскольку компульсивное повторение, как и большинство феноменов переноса, бессознательно. Многие взрослые дети, «закончившие» брак с алкоголиком, будут протестовать, говоря, что их супруги начали пить лишь после многих лет брака. Их притягивают личностные структуры супруга и желание их изменить, а не само по себе пьянство.

Поскольку компульсивное повторение будет проявляться в здесь-и-теперь группового взаимодействия, ведущий должен лишь наблюдать за интеракциями членов группы, чтобы расшифровывать личную историю каждого. Каждый из участников будет проявлять свои особенные идиосинкратические искажения переноса в группе. Те, у кого в жизни есть трудности с гневом, будут такие же трудности с гневом испытывать и в группе. Те, кто выгодно использует людей в жизни, будет также использовать членов группы. Участники группы будут проигрывать свою незавершенную травму прошлого в настоящем. Задача ведущего — постоянно указывать на искажения членов группы, замеченные сейчас, и заставлять их изучать в деталях те многочисленные способы, с помощью которых они, повторяя, сохраняют свое прошлое в настоящем.

Злоупотребление переносом

Ведущий группы должен внимательно следить за тем, как он обращается с переносом в группе. Интерпретации часто могут использоваться как средство защиты и дистанцирования от группы. Интерпретации переноса полезны только тогда, когда они исходят из эмпатической связи с группой. Фрейд писал об опасности бросания пациенту в лицо интерпретаций в том случае, когда они используются терапевтом для защиты от собственного дискомфорта. Интерпретации никогда не должны служить цели создания впечатления о превосходстве терапевта. Как только ведущий пытается приподняться над группой, он покидает ее.

Терапевт должен быть уверен, что в тех случаях, когда он решает продемонстрировать группе свое осознание феномена переноса, он не прячется за безопасной терапевтической техникой. Его собственный страх, тревога, гнев или потребность в признании может сквозить через терапевтическую объективность. Случай из практики демонстрирует эту потенциальную проблему.

На десятом часу групповой психотерапии молодая женщина гневно конфронтровала ведущего группы, утверждая, что он деспотичен, равнодушен и отчужден. Работа в группе остановилась, и все ее члены застыли в нерешительности на краешках своих стульев, поскольку это была первая конфронтация ведущего, и группа жаждала увидеть, как он будет отвечать. Наконец, через несколько мучительных секунд, ведущий ответил: «Я напоминаю тебе отца?» Женщина, почувствовав облегчение от возможности уйти от горячего столкновения здесь-и-теперь к безопасности там-и-тогда, быстро согласилась с тем, что это правда, и приступила к исследованию более знакомой области — своих взаимоотношений с отцом. Первоначальный кризис конфронтации был размыт, и вся остальная группа вновь удобно откинулась на спинки стульев, в какой-то степени облегченно вздохнув: этот вопрос можно было решать на менее опасной территории. Несмотря на то, что участники почувствовали облегчение, получив разрешение на уход от открытого выражения гнева в группе, их надули, лишив ценного терапевтического опыта. Фактически, им продемонстрировали, как избегать прямой конфронтации. Тема отношений между этой женщиной и терапевтом была оставлена без внимания. В действительности, она так и осталась неразрешенной и для остальных членов группы на всё оставшееся время групповой работы, ибо ее обвинения были во многом справедливы. Ведущий и в самом деле был деспотичным, равнодушным и отчужденным. Побуждение ее к переходу на отношения там-и-тогда с отцом было мотивировано в гораздо большей степени его собственной потребностью избежать столкновения с болезненной правдой обвинений этой женщины, нежели желанием понять искажения ее переноса. Помните, перенос лишь тогда является переносом, когда он неприменим к настоящей ситуации.

Контрперенос

Ведущий группы, как и любой терапевт, остается человеком, и скорее походит на пациентов, чем отличается от них. Следовательно, у него есть свои собственные реакции переноса. Вдобавок, интенсивный перенос пациента на терапевта может вызвать в последнем много бессознательных откликов, которые могут уменьшать

его способность реагировать терапевтически. Это называется контрпереносом. В своем классическом применении термин означает всю полноту эмоциональной реакции терапевта на пациента с полным учетом всей шкалы сознательных, предсознательных и бессознательных отношений, верований и чувств терапевта в результате контакта с пациентом.

Однако, как мы уже упоминали ранее, в настоящее время классическое определение контрпереноса считается слишком узким и ограниченным. Контрперенос указывает на нечто гораздо большее, нежели неспособность терапевта отвечать терапевтически из-за слишком интенсивного переноса пациента. Эмоциональное и бессознательное общение происходит все время в любом близком контакте. Только искусный терапевт может отличить свои собственные чувства и реакции от индуцированных чувств, возможно, бессознательно сообщаемых пациентом. Для того, чтобы полностью понять все возможные прямые и побочные следствия использования индуцированных чувств в лечении, важно изучить некоторые ключевые идеи, имеющие отношение к этому феномену. Как пишет Луис Ормонт (1992): «Худшие терапевты — это те, кто не в контакте с собственными чувствами или же в рабской зависимости от них до такой степени, что чувства диктуют им исполнение» (стр.52). Совсем не все чувства, которые испытывает терапевт, вызваны пациентом. Способность различить, какие чувства вызывает пациент, а какие отражают собственную эмоциональность терапевта, критична для всех форм психотерапии, а не только в терапии аддикций и групповой терапии.

Определения контрпереноса

1. Фрейдовское раннее определение переноса ограничивало его бессознательным откликом терапевта на перенос пациента. Контрперенос терапевта виделся как бессознательные реакции, мешающие анализу пациента, проводимому терапевтом. Два важных элемента этого определения заключались в том, что контрперенос должен быть бессознательным и должен мешать.
2. Фрейдовское определение было постепенно расширено классической психоаналитической теорией, и стало включать в себя весь репертуар возможных реакций на то, что затронул

пациент в терапевте. Контрперенос стал рассматриваться как перенос терапевта на пациента.

3. Контрперенос в конце концов стал считаться индикатором невротических затруднений терапевта. Такую реакцию сочли отражением внутренних проблем терапевта, не являющихся *специфически относящимися к пациенту*, или обязательно вызванными пациентом. Во многих случаях, трудности терапевта считались *специфически относящимися к теме* (т.е. секс, гнев, ревность, конкуренция и т.д.) Из-за неразрешенности собственных конфликтов терапевта у него проявятся некоторые невротические реакции, относящиеся к теме, поднятой пациентом).
4. Теория объектных отношений расширила это определение еще сильнее. Контрперенос стал определяться как любой ответ, ставший результатом психологического воздействия, оказанного пациентом на терапевта. Такие ответы или реакции не были обязательно проблематичными для терапии или непременно бессознательными. В своем самом широком определении, контрперенос стал включать в себя все чувства (сознательные и бессознательные) и мысли, пробуждаемые пациентом в терапевте. Часто обращаясь к бессознательному восприятию и эмпатическому процессу, терапевт должен контролировать и анализировать свои собственные бессознательные чувства или ассоциации, возникающие, пока пациент говорит. Внутренние мысли и чувства, навеянные пациентом, рекомендуется использовать при формулировке гипотез о чувствах и бессознательном пациента.
5. Нынешние взгляды на контрперенос учитывают то, что невозможно (а в большинстве случаев — непродуктивно) не откликаться эмоционально на перенос пациента и на его эмоциональные требования. Фактически, терапевт — любой терапевт — будет так или иначе испытывать влияние требований пациента об отзывчивости. Способ, которым терапевт отвечает на определенное эмоциональное требование к нему, особенно если пациент бессознательно провоцирует некое действие (отступление, вознаграждение и т.д.), которое в других условиях не было бы осуществлено, называется предписанием (enactment). Процесс предписания обычно связан с интенсивным бессознательным переживанием, включающим в себя

проективную идентификацию и пере-проживание терапевтом некоторых аспектов собственного неразрешенного прошлого.

Временами мы впадаем в искушение, как предполагает Адлер (1994), считать все эти трудности присущими исключительно «другим терапевтам», которые или получили неадекватную подготовку, или склонны иногда проявлять свою психопатологию. Адлер пишет:

«Важно помнить, что я описываю эти трудности как потенциально присущие всем терапевтам. Было бы легко и приятно верить в то, что у некоторых терапевтов есть такие слабые места, а у других — нет. Однако, даже если между теми, кто никогда не совершает действий, продиктованных подобной уязвимостью, и теми, кто делает это, очевидно, расположен континуум психопатологии, подобные проблемы в той или иной степени существуют у всех терапевтов» (стр.156).

Адлер продолжает объяснением, как важно помнить, что некоторые пациенты, с определенным болезненным прошлым опытом, с большей вероятностью чрезмерно напрягут индивидуальные эмоциональные ресурсы определенных терапевтов, ставя последних в положение, в котором их собственные неразрешенные трудности будут использованы деструктивно по отношению к пациентам. Чтобы лучше понять, как потенциал индуцированных контртрансферентных чувств может быть использован продуктивно, важно познакомиться с понятием проективной идентификации и ее отношением к объективному и субъективному контрпереносу и предписанию в терапии.

Объективный и субъективный контрперенос

Луис Ормонт и другие пытались объяснить связь проективной идентификации с переносом и контрпереносом, сначала устанавливая различие между *субъективным* и *объективным* контрпереносом. *Субъективный* контрперенос — это именно то, что подразумевает термин, а именно субъективная реакция со стороны терапевта на пациента, порожденная собственным прошлым терапевта и его личной идиосинкразией. *Объективный* контрперенос, с другой стороны, относится к чувствам или мыслям, вызванным у терапевта пациентом. Пациент не провоцирует субъективную реакцию терапевта, а, скорее, транслирует некие объективные данные, дающие

тому возможность на мгновение проникнуть в его эмоциональную жизнь. Объективный контрперенос предполагает также, что эти навеянные чувства объективны в том смысле, что это то чувство, которое пациент, вероятнее всего, вызывает у большинства людей. К примеру, если член группы пытается спровоцировать вас и всех остальных в группе так же злиться на него, как его жена и друзья злятся на него вне группы, то можно с уверенностью предположить, что вы имеете дело с объективным контрпереносом. Если вы, как ведущий, обнаруживаете, что вы чересчур заботливы и покровительствуете одному из членов группы, тогда как никто другой в группе не относится к нему подобным образом, то велики шансы на то, что это реакция субъективного контрпереноса.

Субъективный контрперенос

Простое, но емкое определение субъективного контрпереноса звучит так: это любые чувства, когда-либо испытанные терапевтом по отношению к значимым фигурам прошлого, вновь пробужденные переносом пациента или группы. Этот контрперенос может принимать множество разнообразных форм, три типа которых широко распространены:

1. *Позитивный.* Терапевт чувствует слишком сильную любовь, желание защитить и отзывчивость к пациенту. В наиболее серьезных случаях любовь эротизируется или инфантилизирует пациента. В группе наличие любимчиков или избирательная гиперопека терапевта могут способствовать появлению козла отпущения или же вызвать сильное соперничество, конкуренцию и зависть.
2. *Негативный.* Терапевт испытывает слишком сильную ненависть к пациенту или гнев на него. В более тяжелых обстоятельствах это может привести к избыточной конфронтации, неотзывчивости и отсутствию защиты и заботы. Группа может отыгрывать вовне гнев терапевта, и пациент легко может превратиться в козла отпущения или игнорируемый объект.
3. *Нарциссический.* Чувства терапевта не будут относиться к пациенту. Настройка, эмпатия и отзывчивость будут отсутствовать или окажутся неадекватными. Пациент будет служить для собственного удовлетворения терапевта (финансового или личного). Терапевт будет использовать группу как средство добиться подчинения и восхищения от ее членов.

Объективный контрперенос

Объективный контрперенос может быть разделен на две большие категории. Одна из них включает в себя чувства, мысли и действия терапевта, вызванные трансферентными чувствами, мыслями и действиями пациента. Другую категорию составляют его собственные чувства, отражающие его способность к резонансу с чувствами, переживаемыми пациентом в настоящий момент.

В первом случае пациент может отреагировать на терапевта или другого члена группы так, как он реагировал на родительские или иные авторитетные фигуры в прошлом. Быть воспринимаемым в качестве холодного, равнодушного и замкнутого человека обычно трудно, особенно если терапевт дал себе обязательство быть теплым, доступным и отзывчивым к другим. Подобная ситуация может усложниться еще более, если терапевту свойственна непомерная потребность нравиться, вызывать восхищение и уважение. Во многих случаях результатом этого может быть внезапное изменение терапевтом своей нормальной терапевтической позиции. Он становится или более вознаграждающим, дабы компенсировать искажения переноса, или более сдержанным, чтобы скрыть свой гнев на пациента за то, что тот судит его несправедливо и ведет себя столь неблагодарно.

Как указывает Адлер (1994), терапевт никогда не достигает той стадии развития, на которой он имел бы иммунитет против реакций контрпереноса. Он предполагает, что важно осознавать их, чтобы минимизировать их воздействие на пациента. В статье, исследующей причины того, почему пациенты или преждевременно бросают терапию, или не могут получить никакой пользы от группы, Хар Паз (Har Paz, 1994) предполагает, что личность терапевта, его характер и его контртрансферентные реакции оказываются важным фактором, вносящим в это немалый вклад. Цитируя составленный Яломом (1975) список девяти причин, по которым пациенты прерывают лечение, Хар Паз замечает, что роль терапевта в нем не упоминается. Продолжая, он показывает, что неразрешенные, иррациональные страхи терапевта оказываются главными составляющими неудачи групповой психотерапии. Вейнер (Weiner, 1983), исследуя неудачные случаи групповой психотерапии, предположил, что «самый тонкий и самый потенциально деструктивный фактор — это нарциссическая уязвимость терапевта» (стр.320). Учитывая эту переменную контрпереноса, Хар Паз

продолжает предостерегать терапевтов, подчеркивая, как важно хорошо осознавать свою потребность в определенном отношении со стороны пациентов (т.е., потребность нравиться, быть нужным, вызывать восхищение и проч.), если вы хотите, чтобы пациенты получали от вас эффективную психотерапию.

Чтобы помочь предотвратить пагубное влияние контртрансферентных страхов и нарциссической уязвимости терапевта на эффективность лечения, Хар Паз предлагает ответить на следующие вопросы:

1. Являются ли реакции контрпереноса терапевта уникальными в группе?
2. Использует ли терапевт группу для разрешения или отыгрывания вовне собственных сознательных, предсознательных и бессознательных чувств и желаний?
3. Как влияют на терапевтический стиль или уровень активности терапевта его страхи?
4. Какие иррациональные страхи (тревога) активируются и негативно воздействуют на терапевта в условиях группы. К примеру:
 - а) боится ли он близости с мужчинами или женщинами?
 - б) боится ли он авторитета, власти или потери контроля?
 - в) боится ли он открытого, мощного выражения чувств?
5. Какой тип страха или тревоги доминирует в психологической организации терапевта — страх быть покинутым или страх быть поглощенным? (1994, стр.7)

Что касается второй категории индуцированных реакций контрпереноса, то способность терапевта резонировать с бессознательными эмоциональными сообщениями пациентов будет, при правильном использовании и применении, важным источником информации. Именно в рассмотрении области бессознательной эмоциональной коммуникации становится важным хорошо понять концепцию проективной идентификации.

Проективная идентификация

Проективная идентификация включает в себя как межличностные, так и внутриспсихические компоненты. Проективная идентификация в основе своей отличается от проекции, поскольку существует лишь в контексте взаимодействия между двумя или более индивидами, тогда как проецировать можно и в одиночестве, и проекция вовсе не обязательно присутствует в аутентичных личных отноше-

ниях. Проективная идентификация требует как проецирующего, так и воспринимающего. Чем меньше защит у воспринимающего, т.е. чем более открытым, эмоционально близким и восприимчивым оказывается воспринимающий к проецирующему, тем менее он будет способен избежать «принятия на себя» его проекции. Огден (1982) предположил, что этот процесс легче понять, если разбить его на три последовательные фазы (см. таблицу 13.1)

Как предполагает Огден, воспринимающий всегда находится под некоторым эмоциональным давлением, заставляющим его переживать и принимать на себя проекцию. Проецирующий испытывает потребность избавиться от эмоции или некоей части себя, поскольку не переносит ее и не может ни присвоить, ни контейнировать. Так что он проецирует ее на другого, и вынуждает этого другого пережить ее и вернуть назад, как подтверждение ожиданий проецирующего. Например, поскольку проецирующий уже чувствует себя отвратительным и бесполезным, он не может вынести чувства, подтверждающего его представления о том, насколько он плох (т.е., «Хорошие люди не злятся. Я хороший человек, поэтому я не могу злиться. Похоже, это ты злишься, поскольку я чувствую это!»). Воспринимающий в этом случае вынужден вместить это и отыграть вовне с проецирующим, таким образом подтверждая его ожидания (т.е., «Видишь, я был прав, ты злишься, ты ненавидишь меня и считаешь, что я плохой!»). Огден пишет об этом процессе с точки зрения теории объектных отношений:

«В соответствии с этой бессознательной проективной фантазией происходит межличностное взаимодействие, посредством которого воспринимающий побуждается думать, чувствовать и вести себя в манере, конгруэнтной с изгнанными чувствами и Я- и объект-репрезентациями, воплощенными в проективной фантазии». (1982, стр.2)

Однако, проективная идентификация — нечто гораздо большее, нежели защита. Огден определяет три другие важные функции, которые она выполняет: 1) коммуникация, 2) связь с объектом и 3) путь к психологическому изменению. Последние три функции, если их правильно понимать и использовать, обеспечивают терапевта значимой терапевтической информацией. (См. табл. 13.2)

Проективная идентификация как коммуникация

Проективная идентификация, правильно понятая и использованная, может снабдить терапевта значимой информацией о пациенте.

Таблица 13.1. Фазы проективной идентификации по Огдену

1. Вытеснение части себя и помещение ее в кого-нибудь другого, где она будет содержаться.
2. Давление на другого человека с целью заставить ее пережить.
3. Получение этой части обратно от другого.

Таблица 13.2. 4 функции проективной идентификации по Огдену

1. Защита — дистанцироваться от нежелательной части и поддерживать эту часть живой в ком-нибудь другом.
2. Коммуникация — стать понятным посредством нажима на воспринимающего, заставляя того переживать сходный с собственным набор чувств.
3. Связь с объектом — взаимодействовать с воспринимающим, будучи достаточно отделенным, чтобы получить проекцию, но достаточно недифференцированным, чтобы было возможно искаженное восприятие и чувство тождественности.
4. Путь к психологическому изменению — быть трансформированным посредством реинтроекции проекции после ее модификации воспринимающим, как это происходит в браке, в отношениях мать-ребенок или пациент-терапевт.

Можно многого добиться, если рассматривать проективную идентификацию как источник эмоциональной коммуникации, повествующий о прошлом опыте человека или его внутренней эмоциональной жизни, отражающей этот опыт. Пациент не только будет сообщать, каково это — быть ребенком склонных к насилию, пренебрегающих им родителей, но также предоставит возможность терапевту почувствовать, что такой родитель мог чувствовать по отношению к пациенту. Следовательно, терапевт может быть вынуждаем пациентом к идентификации или с Я пациента (что обозначается термином *конкордантная (согласующаяся) идентификация*), или с интернализированным объектом пациента (это называется *комплементарной (дополнительной) идентификацией*). Важно помнить, что две формы идентификации (конкордантная и комплементарная), доступные терапевту, предоставляют ему важный источник эмоциональной коммуникации и понимания. Их конечная цен-

ность в том, что они могут повысить способность терапевта к эмпатии. Эмпатия — это оптимальный желательный результат успешной переработки проективной идентификации, ведущий к лучшему эмоциональному пониманию опыта пациента.

Комплементарная проективная идентификация

Комплементарная проективная идентификация обеспечивает терапевта не только возможностью понять, как может чувствовать себя насильник (объект-репрезентация), но и дает терапевту более полное эмпатическое понимание прошлых переживаний пациента. Если, к примеру, терапевт обнаруживает, что очень нетерпеливо относится к хныканью пациента и вынужден бороться с желанием сказать ему: «Хватит уже так себя жалеть!», то велики шансы на то, что эта комплементарная идентификация раскрывает то, какими пациент воспринимал родителей в детстве. Большая эмпатия и понимание поможет терапевту откликнуться на то, как, должно быть, трудно было заставить родителей выслушать ребёнка заботливо и с пониманием. Вместо того, чтобы поддаться давлению и отыграться, критикуя пациента, терапевт сможет ощутить резонанс с его переживанием.

Конкордантная проективная идентификация

В своей простейшей и чистейшей форме конкордантная проективная идентификация представляет собой способность терапевта непосредственно испытывать чувства, очень похожие на чувства пациента. Во многом так же, как в психологии Я действует нечто, называемое *замещающей интроспекцией и эмпатией*, то есть способность терапевта точно резонировать с переживанием другого человека, конкордантная проективная идентификация передает те же настроения. Это синоним эмпатии, по крайней мере, в том виде, как определяет этот термин психология Я. Эмпатия описывается как внутренний опыт разделения с другим и постижения преходящих эмоций и психологического состояния другого человека. Эмпатический опыт характеризуется чувством гармонии и близости с пациентом, а также позитивным вниманием и благорасположением. В своем самом кратком определении эмпатия — не совсем то же, что конкордантная идентификация, но она является оптимальным возможным результатом успешной переработки терапевтом индуцированного внутреннего опыта. Это —

знание того, как чувствует себя Я по отношению к интернализированному объекту.

Связь с объектом

Многие алкоголики и аддикты, особенно те, кто находится на ранних стадиях выздоровления и те, у кого имеется серьезная патология характера, будут трудно поддаваться лечению из-за чрезмерного использования проективной идентификации как защитного процесса. Чем ближе и глубже становятся отношения, тем скорее будут активизированы в настоящем внутренние Я- и объект-репрезентации, сформированные в результате ранних отношений в прошлом. Реакции переноса и контрпереноса, если должным образом управлять ими, позволяют построить мост между прошлым и настоящим. Переплетения переноса и настоящих отношений, прошлых и нынешних, тебя и меня зачастую неясны даже самому умелому терапевту. К счастью, терапевт в подобных обстоятельствах способен выносить двойственность, присутствующую и в любых реальных, аутентичных отношениях, но гораздо более интенсивную в отношениях зависимых, какие формирует пациент с терапевтом. Не важно, как сильно терапевт старается установить равные и неавторитарные отношения, этого избежать невозможно. Пока пациент приходит в его кабинет или в больницу, где он работает, и оплачивает сеанс, или же терапевт еще каким-то образом финансово выигрывает, оказывая подобную услугу, отношения не являются равными.

Способность выносить двойственность отношений, особенно терапевтических — это то, чем многие пациенты не обладают. Индивиды, не имеющие адекватного запаса хороших интроекций или хороших внутренних Я-репрезентаций, не способны выносить сильной двойственности. Обычно у них не было достаточно отзывчивых или защищающих отношений с надежными родителями. Следовательно, они будут склонны переживать любую двойственность со стороны терапевта (т.е. эмпатические провалы, плохую настройку, отвлечение внимания, запаздывание и т.д.) как еще одну неудачу в получении защиты или как свидетельство отсутствия интереса к своей персоне.

Путь к психологическому изменению

Лишь в том, что касается четвертой функции, задача терапевта становится ясной и решающей. Воспринимающий должен вер-

нуть проекцию проецирующему, но не в той изначальной форме, в которой ее получил. Поскольку целью проецирующего является избавление от некой части самого себя, которую он не в силах выносить, проекция должна быть возвращена получателем в переваренной форме, которую проецирующий в состоянии выдержать. Терапевт должен контейнировать и обезвредить чувство, прежде чем возвращать его назад в той форме, в какой пациент сможет вынести и интегрировать его в свой опыт. Порой это требует, чтобы терапевт не слишком быстро реагировал на аффект, «швыряя интерпретации» в проецирующего. Контейнирование, детоксикация и переваривание чувств перед тем, как помочь проецирующему понять их или извлечь смысл из происходящего, требует некоторой осмотрительности со стороны терапевта. Трехшаговая процедура может внести ясность в этот процесс:

1. Во-первых, терапевт должен прилагать все усилия, чтобы не защищаться и не критиковать пациента, переживая опыт восприятия себя в невыгодном свете, по крайней мере временного.
2. Во-вторых, терапевт должен обладать способностью справляться с таким переживанием, каким бы дискомфортным оно ни было, не считая его невыносимой угрозой для самооценки, для чего требуется преобладание позитивной Я-репрезентации, внутренне доступной терапевту.
3. В-третьих, терапевт должен быть способным понимать, что индуцированное переживание временно и является симптомом проективной идентификации.

Для того, чтобы этот процесс стал понятнее, приведем некоторые примеры, показывающие полезные способы ответа на проективную идентификацию пациента. К примеру, одна из женщин в группе, чей муж только что сорвался, неистово атакует терапевта, произнесшего двусмысленную фразу об обвинении и ответственности. Вместо того, чтобы ответить немедленно, терапевт передает ей в своей реакции признание в том, что он полностью понимает ее гнев и то, как его утверждение могло прозвучать обвинением для нее. Затем терапевт может рискнуть проинтерпретировать произошедшее с точки зрения переноса или контрпереноса.

1. Сообщение, базирующееся на переносе:

«Несмотря на тот факт, что, судя по всем внешним признакам, Вы сильно разозлились, я не могу не чувствовать, что каким-то образом Вам гораздо комфортнее сейчас разозлить-

ся на меня, чем остаться с тем, как Вы напуганы и опустошены срывом мужа».

2. Сообщение, базирующееся на контрпереносе:

«Я чувствую, словно меня втягивают в ссору, и именно сейчас, когда срыв Вашего мужа кажется слишком неотложной темой. Как по-Вашему, это из-за него?»

«Вы кажетесь мне сегодня готовой к битве. У Вас есть какие-нибудь идеи, отчего бы это?»

«Я чувствую слишком большое напряжение в воздухе, и мне не кажется, что мы понимаем, откуда оно».

В других подобных обстоятельствах ведущий может не суметь сразу идентифицировать или понять источник переносного гнева того или иного члена группы, как это было в случае со срывом мужа пациентки в предыдущем примере. В таких обстоятельствах задачей ведущего будет контейнировать трансферентное чувство и признать его таким способом, чтобы члены группы чувствовали себя услышанными, однако не передавая одобрения тем действиям, которые они совершают по отношению к терапевту. Пациенты должны не только быть уверенными в том, что терапевт не будет мстить, но они должны также знать, что терапевт не простак и не слабак, чтобы его напугал их гнев. Пример:

«Я хочу, чтобы вы видели во мне слабого, неэффективного, холодного, жестокого и какого угодно еще терапевта до тех пор, пока мы не проработаем это».

«Я разгневан и недоволен тем, как Вы обращаетесь со мной сейчас, но я не собираюсь наказывать Вас или нападать на Вас из-за этого. Мне бы хотелось оставить все это сейчас, чтобы Вы побыли с этим, пока мы не найдем решения».

Аддикция и контрперенос

Контрперенос — важная тема для всех терапевтов, но он чаще всего является самой большой проблемой для тех, кто работает с алкоголиками и наркоманами, из-за интенсивных чувств враждебности, гнева, неуважения и недоверия, которые подобные пациенты часто провоцируют в других. В то время как контрперенос может проявляться у терапевтов, которые используют пациентов в качестве источника собственного удовлетворения или удовольствия, все же наибольшие трудности для ведущих создают негативные эмоции. Имхоф, Хирш и Теренци (Imhof, Hirsch, Terenzi, 1984) предупрежда-

ют тех, кто работает с подобными пациентами о том, что надо весьма осторожно обращаться с интенсивными чувствами, которые алкоголики и наркоманы вызывают в ходе лечения. Они пишут:

«Злоупотребляющий наркотиками пациент, с его чувством никчемности, ненависти к себе и деструктивной яростью, встречается со своей противоположностью — «хорошим» терапевтом, «образцом добродетели», фактически всем тем, чем не является пациент. В результате дихотомия хороший-плохой оказывается серьезной угрозой эго-идентичности пациента, и первой задачей психики пациента становится переворачивание этого соотношения. А точнее, пациент (бессознательно) начинает применять любую доступную ему стратегию, чтобы спровоцировать, дезориентировать, унижить и обмануть терапевта — по сути, сделать терапевта больше похожим на себя, или даже хуже себя. Без одновременного присутствия у терапевта как навыков, так и понимания задействованных динамик, включая свои собственные установки и контрперенос, лечение окажется недолгим, хотя возможные негативные результаты слишком часто вменяются в вину лишь одному пациенту» (1984, стр.26).

Без ясного осознания возможных реакций контрпереноса терапевт вскоре обнаружит, что клиническое вмешательство в проблемы пациента с алкогольной или наркотической зависимостью практически невозможно. К тому же, негативный перенос может быть отыгран вовне в производных формах. Терапевтам, которые постоянно опаздывают, сокращают свои сессии, фантазируют во время лечения, дремлют или не перезванивают пациентам вовремя, возможно, необходимо тщательно взвесить причины такого поведения, поскольку велики шансы на то, что они находятся под влиянием бессознательных чувств к своим пациентам.

Имхоф, Хирш и Теренци (1984) перечисляют шесть обычных реакций контрпереноса, вызываемых пациентами-алкоголиками или наркоманами. Они указывают на то, что иногда эти реакции могут быть открытыми и явными, а в другое время — замаскированными.

1. Терапевт может принять на себя роль хорошего родителя, который спасает плохого, импульсивного ребенка. Терапевт может стать слишком вовлеченным, защищающим, материнским, вседозволяющим и слишком питающим, в надежде, что

источаемая им «любовь» и «благость» излечит пациента от употребления наркотиков или алкоголя. Подобно типичным непролеченным членам Ал-Анона, терапевт может поверить, что если он как следует постарается и всё отдаст алкоголику или наркоману, это заставит пациента отказаться от употребления наркотиков или алкоголя из любви к нему.

2. Медики могут непреднамеренно внести свой вклад в аддикцию пациента, прописывая слишком много лекарств. Неверный диагноз или неудачная оценка наркотического потенциала их предписаний может серьезно осложнить проблемы аддикта. Ощущение собственной ничтожности алкоголика или наркомана может вызвать у доктора контрпереносную потребность сделать для пациента хоть что-нибудь. Отсутствие отклика чем-то конкретным, что могло бы незамедлительно помочь пациенту, может связываться с собственной потребностью доктора быть ценным в качестве человека, способного облегчать страдания других. Такая контртрансферентная потребность быть ценным может сказаться в том, что врач прописывает лекарства даже тогда, когда он сам считает, что это — не самое лучшее для пациента.
3. Терапевт может увлечься замечательным и быстрым выздоровлением зависимого пациента. Он может повестись и поверить в иллюзию показательного излечения, которое произошло благодаря его эффективности и терапевтическому мастерству. В крайнем случае терапевт может даже прийти к мысли о том, что пациент «достаточно хорош», чтобы попробовать контролируемое питье. Неизбежный срыв может заставить терапевта почувствовать себя обманутым, обиженным, разгневанным или «плохим терапевтом», упустившим импульсивного ребёнка.
4. Терапевт может получать заместительное удовлетворение от отыгрывания ввне пациента, и создать альянс под лозунгом «ты и я против всего мира». Терапевты, борющиеся с собственными неразрешенными импульсивными бессознательными фантазиями, могут чрезмерно идентифицироваться с пациентом. Они могут развить установку «только я действительно понимаю тебя», что часто приводит пациента и терапевта к тому, что они «дурачат» друг друга.
5. У терапевта может развиться часто упоминаемый синдром «выгорания». Он может стать бесчувственным и равнодуш-

ным к своим пациентам. Вместо заботы терапевт использует различные защитные механизмы, самыми распространенными из которых являются замкнутость, нарциссическое дистанцирование, скука или злость.

6. Стереотипная классификация терапевтом своих пациентов, зависимых от алкоголя или наркотиков, может привести к тому, что он будет видеть в них не более чем «торчков» и «пропойц», которых ничто и никогда не изменит.

Саморефлексия и самоанализ ведущим своего собственного участия и воздействия на терапевтические отношения и результат лечения всегда необходим, если ведущий хочет увеличить эффективность своей работы в группе. Причиной неудачи в лечении алкоголиков и аддиктов слишком часто считают собственную психопатологию пациентов, а не негативные производные взаимодействия пациент-терапевт. Если ведущий группы собирается избежать собственных деструктивных контртрансферентных воздействий, он должен быть эмоционально и когнитивно восприимчивым к получению, распознаванию и анализу интенсивных чувств, генерируемых большинством химически зависимых пациентов.

Имхофф, Хирш и Теренци (1984) дают пять рекомендаций ведущему для минимизации потенциальных последствий деструктивного контрпереноса.

1. Поле лечения зависимостей уникально своим использованием бывших пациентов (т.е., выздоравливающих алкоголиков и наркоманов) в качестве помощников в лечении. Во многих случаях этим обеспечиваются многочисленные преимущества лечения (т.е., идентификация, альянс, альтруизм и т.п.) В других случаях подобная помощь может оказаться пагубной. Выздоровливающие алкоголики или наркоманы могут склоняться к использованию формата, идентичного тому лечению, которое помогло им самим. В таких случаях установка «что сработало для меня, поможет и тебе» может привести к неразумным терапевтическим ожиданиям. В некоторых случаях больший акцент может быть сделан на предшествующем клиническому обучению личном опыте. Важно понять, что ничто не может заменить хороших, солидных клинических навыков, будь терапевт выздоравливающим аддиктом или никогда не страдавшим от этой проблемы человеком. Выздоровливающий, прошедший хорошее клиническое обучение, может предложить гораздо

больше, чем терапевт, который или только выздоравливает, или только прошел клиническое обучение.

2. Личная терапия — очень важный вклад в обеспечение качественного лечения. Это особенно важно в области групповой терапии. Ведущий, по собственному опыту знающий, что такое находиться по другую сторону на терапевтической сессии, будет более чувствительным к темам, которые, скорее всего, проявятся в группе. Ялом (1985) пишет о важности опыта группового тренинга:

«Такой опыт может предложить обучающемуся многое из того, что иначе не доступно. Студент способен познать на эмоциональном уровне то, что он мог ранее знать лишь интеллектуально: он чувствует власть группы, ее силу ранить или исцелять; он научается тому, как важно быть принятым группой; он узнает, что в действительности влечет за собой самораскрытие, и как трудно раскрыть свой тайный мир, свои фантазии, свою уязвимость, свои чувства враждебности и нежности; он начинает ценить свою собственную силу и слабость; он понимает, какова его собственная любимая роль в группе; и, возможно самое поразительное, он понимает роль ведущего, осознавая свою собственную зависимость и свою собственную нереалистическую переоценку власти и знаний последнего» (стр.523)

Имхофф, Хирш и Теренци разделяют это мнение о личной терапии, когда пишут:

«Мы поддерживаем мнение о том, что только путем исследования собственного эмоционального развития терапевт может наиболее эффективно распознать, вытерпеть и начать классифицировать бесконечное количество контртрансферентных и установочных соображений, сопровождающих лечение подобных пациентов» (1984, стр.29).

3. Клиническая супервизия, особенно в области злоупотребления алкоголем и наркотиками, сущностно важна, если терапевт собирается успешно справиться со всеми своими контрпереносными реакциями, которые, скорее всего, пробудят в нем подобные пациенты.
4. Требуется длительное обучение. Ведущие групп должны продолжать свое знакомство и постоянно расширять понимание

многофакторного влияния алкогольной и наркотической зависимости.

5. Необходима постоянная оценка собственных личных ценностей и отношения к индивидам, злоупотребляющим химикатами или аддиктивным. Это означает также, что терапевт должен тщательно контролировать собственное отношение к своему употреблению алкоголя или наркотиков. Терапевты, для «развлечения» употребляющие марихуану или кокаин, непригодны для лечения людей с проблемами, связанными с алкоголем или наркотиками. Это становится еще более проблематичным из-за того, что и кокаин, и марихуана запрещены. Моральные и этические аспекты подобной позиции являются важными составляющими лечения. Другая крайность — терапевты, по религиозным причинам воспринимающие употребление алкоголя или наркотиков как моральную проблему. Они должны тщательно определить для себя, служит ли работа с пациентами, зависящими от алкоголя и наркотиков, их лучшим интересам, — не говоря уже о губительном действии, которое такое отношение может оказать на пациентов.

Если ведущий может дисциплинированно следовать этим принципам в работе с зависимыми пациентами, то шансы на успех групповой терапии возрастают. Осознание собственных контртрансферентных влияний и реакций критически важно при работе с алкоголиками и аддиктами в групповом формате. Тонко настроившийся ведущий имеет в своем распоряжении ценный диагностический инструмент. Как каждый из пациентов затрагивает его? Какие чувства он испытывает в настоящий момент по отношению к группе и ее членам? Постоянное отслеживание подобных вопросов может дать ведущим очень ценную информацию о группе и о каждом участнике. Каждый из них по-своему реагирует на ведущего. Изучение индивидуальных реакций членов группы не только дает ведущему знания о них, но также обеспечивает ему возможность лучше понять себя. Отдельные участники часто улавливают те реакции, чувства и отношения терапевтов, которые те в себе не осознают. Открытость саморефлексии и готовность критически изучать собственный вклад в группу и реакции ее отдельных членов может дать ведущему ценный терапевтический инструмент, если у него хватит мужества честно наблюдать за собой. Говоря словами Сократа, ведущий группы должен «Познать себя».

Глава 14.

Сопротивление в группе

Одна из наиболее важных технических проблем, встающих перед ведущими групп — это распознавание группового сопротивления и работа с ним. Степень, в которой лидер успешно помогает членам группы преодолевать индивидуальные и общие усилия по избеганию эмоционально заряженных тем, в большой степени определяет успех или неудачу опыта групповой терапии. Ведущий должен не только иметь дело с разнообразными индивидуальными сопротивлениями в группе, но и уметь распознавать феномен объединенного группового сопротивления, а также преодолевать одновременно сопротивление каждого и всех членов группы. Управление сопротивлением играет решающую роль. Если ведущий не применяет соответствующей стратегии, чтобы справиться с ним, группа может неопределенно долго оставаться в тупике, стать разрозненной или распасться совсем.

Предыдущая работа ведущего с индивидуальным сопротивлением в индивидуальной терапии мало поможет ему в работе с объединенным групповым сопротивлением. Необходимы специальные навыки по его обнаружению и проработке на групповом уровне. Ведущий группы должен учиться четко оценивать эффективность групповой работы и то, в какой степени группа и ее члены способствуют или препятствуют достижению групповых целей. Успех или неудача группы в большой степени зависит от того, смог ли ведущий справиться с групповым сопротивлением. Для успеха ему необходимо соблюдать два принципа:

1. Основным является способность распознавать групповое сопротивление. Невозможно справляться с ним успешно, если ведущий не видит или не чувствует его. Необходимо понимать различные формы, которые может принять сопротивление в группе и осознавать, как его реакция или бездействие будут влиять на его длительность, интенсивность и исход. Задача ведущего — помочь членам группы осознать свое сопротивление. Необходимо привлечь их внимание к напряжению в группе. Однако, нельзя ожидать, что одного осознания будет достаточно для его преодоле-

ния. Сопротивление имеет причины, и нельзя ожидать, что члены группы откажутся от него, до тех пор, пока сдерживаемые им эмоциональные силы не будут достаточно разряжены и не перестанут представлять опасность для группы и ее членов. Каждый человек в группе должен прийти к пониманию значения сопротивления в терминах своей собственной жизненной истории и опыта.

2. Вторым принципом является то, что ведущий должен понимать, какую роль он сам играет в возникновении и поддержании сопротивления в группе. Сопротивление — всегда процесс взаимодействия пациента и терапевта. В группе сопротивление может быть вызвано ведущим, который пассивен, враждебен, неэффективен, сдержан, слаб или нуждается в постоянном восхищении или чрезмерном дружелюбии. Ведущий должен быть способен отличать свою роль в этом процессе от ролей, играемых членами группы в контексте групповой регрессивной тяги. Если ведущий не создаст безопасной, связующей атмосферы, сопротивление группы будет естественным ответом на угрозу безопасности ее членов. Без учета этих принципов снижаются шансы на успех при применении любого группового подхода или техники.

Сопротивление: определение

Определений сопротивления много. Два наиболее простых, но отражающих суть, таковы:

1. Сопротивление — это сила, препятствующая высвобождению бессознательного материала;
2. Сопротивление есть избегание чувств и отрицание эмоций.

Первое определение отражает классическое психодинамическое понимание сопротивления. Психодинамически ориентированный групповой терапевт определяет сопротивление как любую силу, которая противостоит первостепенной задаче пациента — осознать подавленные и вытесненные чувства. Оно мешает пациенту свободно выражать их ведущему группы. И пока это происходит, пациент не осведомлен о мотивах, продолжающих заставлять его действовать в саморазрушительной манере. Второе определение — более обобщенное, и касается тенденции избегать сообщения терапевту эмоционально значимого материала. Пациент делает это, несмотря на то, что эти эмоционально заряженные конфликты со значимыми другими в прошлом и настоящем как раз и привели его к терапевту. Эмоции пациента и содержание его

вербализаций остаются несоответствующими материалу и, следовательно, работают против основных целей терапии.

Соппротивление в группе может принимать различные формы. Оно может выражаться в тишине, злости, чрезмерной интеллектуализации, уступчивости, безразличии и даже скуке. Скука — наиболее проблематичная форма, так как многие терапевты не идентифицируют скуку как сопротивление. Общеизвестен тот факт, что группы вызывают регрессию. Каждый член группы побуждается к тому, чтобы встретиться с эмоционально насыщенными темами выживания, принятия, отвержения и близости. Скука — это, буквально, нечувствительность к своим эмоциям. Если человек чувствует скуку или начинает дремать, когда говорят другие члены группы, терапевт может быть уверен, что он удерживается от осознания каких-то сильных эмоций, и задача ведущего — вытащить эти вытесненные чувства на поверхность, где они могут быть изучены и изменены.

Нигде принцип скуки как проявления сопротивления так не обыгрывается, как в терапии под руководством И. Полстера. Члены группы могли рассчитывать на его внимание при проявлении скуки — им достаточно было объявить в группе, что они скучают. Ничто не стимулировало его интерес так, как член группы, находящийся в обстановке близости с 6-8 людьми и не испытывающий при этом эмоционального волнения. Его глаза загорались, он наклонялся вперед с искренним любопытством и просил: «Это интересно, не могли бы вы рассказать мне и остальной группе, как у вас получается сохранять скуку на таком интимном собрании?»

У Полстера (1980) есть свое собственное, уникальное определение сопротивления. Ему оно виделось как нечто, что происходит, когда пациент отказывается делать то, чего хочет от него терапевт. Для него не существует сопротивления как такового: оно — тот материал, из которого делается терапия. Исходя из классического гештальт-подхода, Полстер «следует за» сопротивлением пациента. Придерживаясь установок дзенских воинских искусств в исследовании сопротивления, он использует его для своих целей. Он может усиливать сопротивление, потому что в нем часто заблокирована энергия пациента. Усиление же его приводит к высвобождению вытесненного материала.

Хайнц Кохут (1977), исходя из более классической психодинамической точки зрения, выражает сходное с Полстером мнение.

Он считает сопротивление ятрогенным эффектом, вызываемым неэмпатичным терапевтом. Соответственно, оно уменьшается либо благодаря эмпатическому пониманию ведущего группы, либо симпатии остальных ее членов и разделению ими сходного опыта. Если ведущий заместительно интроспективен и эмпатически настроен на пациента, сопротивление сильно уменьшается.

Роберт и Мэри Гулдинг (1979) рассматривают сопротивление по-другому, хотя также признают важность его преодоления для успеха терапии. Для Гулдингов терапия — это шахматная партия: часть пациента хочет измениться, эта часть привела его сюда. Но равно сильная его часть хочет оставить все как есть, она сопротивляется и старается победить терапевта. Поэтому Гулдинг предупреждает, что терапевту нужно следить за первым ходом, который может быть в словах пациента: «Я не думаю, что это поможет, но...», или других ключевых словах: «не могу», «нужно», «следует» или «пытаться» (см. Главу 9).

Хотя взгляды Полстера, Кохута и Гулдинга отличаются, но они согласны в значении, которое имеет сопротивление в психологическом функционировании личности. Терапевт не должен упускать из виду, что сопротивление — часть защитной системы индивида, которая всегда присутствует, и это оправдано. И, как сказал Скотт Рутан (1981), «Пациенты приходят к нам с решениями, а не с проблемами». Под этим он имеет в виду то, что сопротивление должно пониматься как защитный маневр, предпринимаемый пациентом с целью защитить себя от болезненного эмоционального опыта. Проблема заключается в том, что защиты, которые он сооружает, часто хуже, чем сама эмоциональная травма, и защитные действия часто заканчиваются более разрушительно, чем чувства и мысли, от которых они были призваны защитить. Для работы с сопротивлением такого рода ведущий должен помнить простой принцип: чем более сдержан и защищен человек, тем большая боль, обида и страх спрятаны за его сдержанностью. Злость почти всегда прямо пропорциональна количеству обиды, пережитой в жизни. Чем больше злости проявляет человек, тем больше вероятность, что он защищает себя от переживания сильных негативных эмоций: стыда, вины, обиды или ненависти к себе. Поэтому защиты не должны устраняться слишком быстро. Их необходимо медленно и осторожно снимать или изменять, пока субъект постепенно развивает новые и более здоровые способы защищать себя.

Групповое сопротивление и работа Вилфреда Биона

Вилфред Блон — одна из наиболее влиятельных фигур психоаналитической групповой практики. Он заработал репутацию и славу в групповой терапии не собственно работой с терапевтической группой. Его вклад, начавшийся с книги «Переживания в группе» 1961 г., продолжает оказывать сильное влияние на психодинамический подход к групповой терапии.

Наиболее широко известна его теория базисных допущений (basic assumption). Блон различает группы базисного допущения и рабочие группы. Согласно его подходу, в группе на самом деле всегда присутствуют 2 группы: явная рабочая и скрытая — базисного допущения. В то время как рабочая группа создается для выполнения открытых задач, скрытая группа существует рядом с ней (бок о бок) и действует, исходя из своих неписанных законов. Блон утверждает, что примитивная составляющая мышления, действующая скрыто в группе базисного допущения, имеет тенденцию доминировать над рабочей группой и будет вмешиваться в заявленные групповые задачи. Эмоциональные установки, составляющие базисные допущения, описаны как бессознательные процессы и разделены на 3 категории. Эти категории обладают качеством «как будто», и называются «зависимость», «борьба-бегство» и «спаривание».

1. РАБОЧАЯ ГРУППА	2. ГРУППА БАЗИСНОГО ДОПУЩЕНИЯ
Явная	Скрытая
Активность, направленная на решение задач	Ненависть к обучению через опыт
Готовность к сотрудничеству	Сопротивление развитию
Эго-активность, тестирование реальности, ответственность	Предпочтение комфорта магических идей эго-идеям, требующим работы
Составлена из индивидуально-стей	Групповое мышление
Реальна и количественна	качество «как будто»

Зависимость

Группа будет вести себя так, «как будто» удовлетворенность, безопасность и будущее группы зависит от сильного ведущего. Цель группы — найти кого-то, кто позаботится о ней. Это проявляется в попытках обрести безопасность под защитой ведущего, в котором могут видеть самого сильного и самого выдающегося человека.

Базисное допущение зависимости

1. Ведущий идеализирован, как всемогущий и замечательный
2. Беспомощная зависимость от ведущего
3. Попытки получить силу от ведущего

Борьба-бегство

Группа ведет себя, «как будто» есть внешняя и внутренняя угроза, которую необходимо отразить, или которой нужно избежать. Убегать группа может в абстрактный диалог о «там и тогда», или ее члены могут бороться друг с другом, что часто сопровождается иллюзией, что их борьба — это реальная работа в группе. В действительности же, их борьба является защитой от реальных открытых задач группы. Если ведущий не может терпеть внутреннюю борьбу, группа направляет свой гнев наружу и находит что-то (идеологию или другую группу), чтобы это ненавидеть.

Базисное допущение борьбы-бегства

1. Внешняя борьба: группа объединяется против врага
2. Внутренняя борьба: между подгруппами
3. Бегство от задачи

Спаривание

Группа ведет себя так, «как будто» чувства гнева, отчаяния и депрессии не существует. Пассивное созерцание поддерживается идеализацией и настроением, исполненным надежд, которое предотвращает появление деструктивных вспышек гнева, персекуторной тревоги и депрессии. Группа живет надеждой на то, что близость ее членов может породить новую идею или мессию, который спасет их.

Базисное допущение спаривания

1. Близость в парных подгруппах
2. Терпимость и сговор в парах
3. Надежда на разрешение конфликтов с помощью пары

Слияние

4-я основная группа базисных допущений, которую Бион не выделил. Группа ведет себя так, «как будто» все ее члены одинаковы, и воспринимает себя как «мы». Это репрезентируется членами группы, которые говорят, что видят всех в группе равными. «Я доверяю всем здесь в равной степени, все в группе меня интересуют

одинаково» — примеры того, как члены группы идут на все ради отрицания индивидуальности. Эта защитная реакция вызывается регрессом к потребности быть частью, включенной в группу, общество, семью. Бион утверждает, что мы всегда остаемся «социальными животными» (см.рис. 14.1)

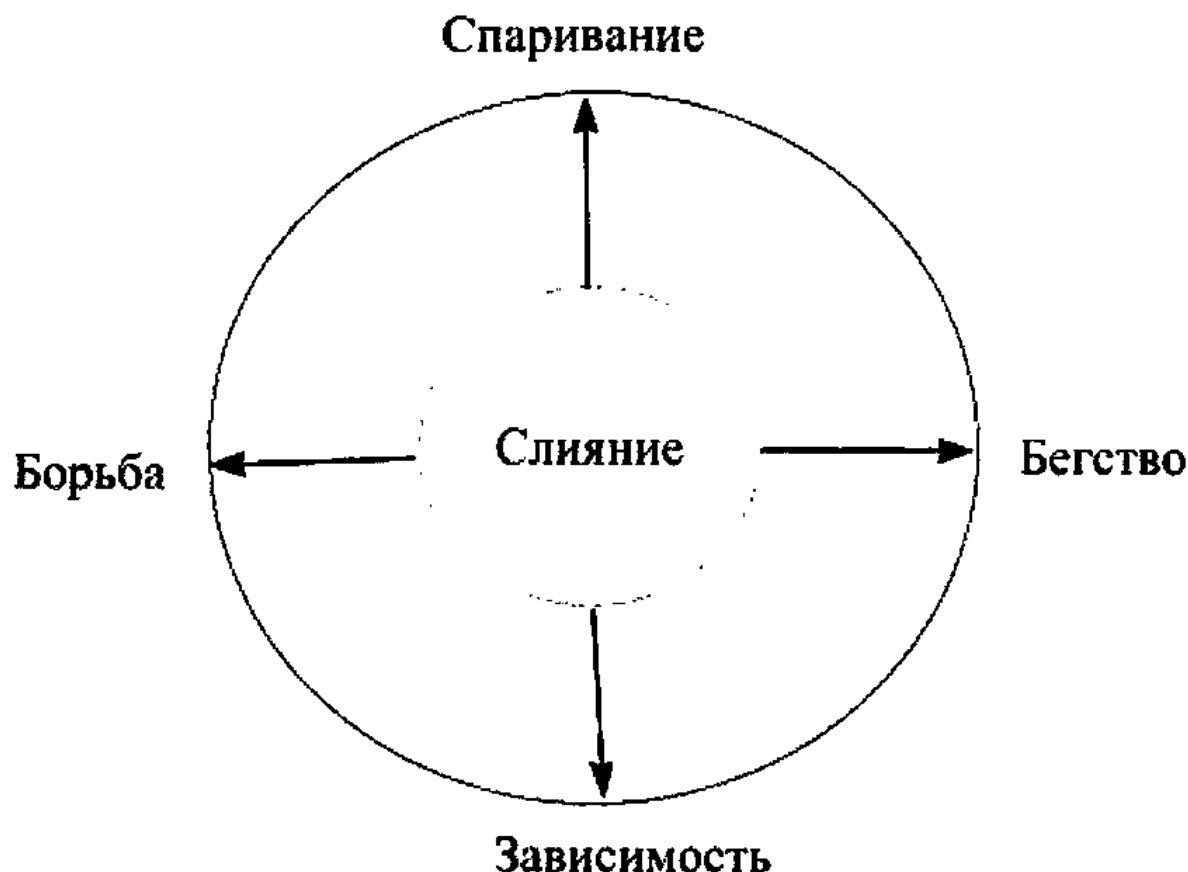
Бион использовал термин «валентность», чтобы описать склонность индивида к сближению с другими, имеющими сходные мотивы, ценности и склонности. Эти валентности могут вызывать сильную регрессивную тягу и вести к активации базисного допущения, когда группа сталкивается с фрустрацией, вызываемой требованиями групповой работы. Базисные допущения — это примитивные состояния сознания, порожденные дилеммой двойного давления группы. Каждый ее член хочет быть и частью группы, и индивидуальностью. Как писал Бион, «Индивид — групповое животное, и ведет войну не только с группой, но и с самим собой и за то, чтобы быть групповым животным, и с теми аспектами личности, которые делают его таковым» (1961, стр.131).

Поскольку все это действительно существует, для ведущего важно осознавать, что базисные допущения (далее — БД) специфичны для каждой стадии, и они могут быть индуцированы поведением ведущего.

Специфические базисные допущения по стадиям

1. Ранняя стадия группового развития отмечена групповой зависимостью. Группа ожидает, что волшебные решения будут подарены ей ведущим. Эмоциональное состояние — зависимость и благоговение.
2. Средняя фаза группового развития отмечается бегством от задач или организацией баталий внутри или вне группы. Эмоциональные состояния — враждебность и страх.
3. Более поздняя фаза характеризуется состоянием надежды. Группа одержима фантазией об исцелении и надеждой, что близость в группе даст начало новой идее или личности, которая принесет окончательный ответ на групповую дилемму. Спаривание порождает эмоциональные состояния оптимизма и надежды. Группа ожидает рождения мессии, который никогда не должен появляться, так как это положило бы конец надежде.

Рис. 14.1



Влияние ведущего на БД

Отто Кернберг (1984) подчеркивал важность влияния личности ведущего на групповое развитие. Он справедливо указал, что пассивный и спокойный ведущий с наибольшей вероятностью спровоцирует Бионовские БД. БД-состояния, таким образом, обязаны своим существованием условиям, навязываемым группе самим ведущим. Браун (D.G. Brown, 1985) придерживается сходного мнения и утверждает, что многочисленные последователи Биона поняли его теорию слишком буквально и применяют ее некорректно для групповой терапии. Браун пишет: «Некоторые из его идей, я думаю, неадекватны и вводят в заблуждение, будучи приняты в качестве основы терапии. В частности, таково немодифицированное понятие БД» (1981, стр.192). Далее он утверждает, что Бион игнорирует более зрелые эго-состояния, так как поглощен примитивными процессами. С его точки зрения, взгляды Биона базируются на Кляйнианском подходе к ментальному функционированию, акцентирующем примитивные процессы и игнорирующем более зрелые эго-функции (1985, стр.215). Поэтому Бион и делает такой акцент на БД-группах. Рабочая группа не противопоставляется более

примитивным функциям; скорее, она развивается из них, и, в конце концов, сменяет их, если только ведущий, проводя группу через эти процессы, не потерпит неудачу. БД, следовательно, указывают на то, что группа безуспешно борется с сопротивлением. Разрешение сопротивления, тем не менее, не требует того, чтобы состояние БД было фокусом терапевтического вмешательства.

Попытка ведущего разрешить БД — это шаг в неверном направлении. Здесь большинство психодинамических групповых ведущих ошибается в оценке влияния, которое они оказывают на возникновение состояний БД. Невидоизмененное БД возникает как результат избегания искренней личностной встречи. Трудные чувства во взаимоотношениях посредством этого не признаются и вытесняются. Подавление и отрицание приводят к БД-состоянию.

Именно решение об интервенции может неверно направить усилия ведущего. Тяжелые чувства во взаимоотношениях избегаются через зависимость, слияние, борьбу-бегство или спаривание. Любое собрание трех и более людей, которое не допускает искреннего личного контакта, вероятнее всего, вызовет эмоциональное состояние БД. Членов группы нужно побуждать честно иметь дело со всеми чувствами, возникающими в группе. Негативные чувства, так же, как и позитивные, должны быть выражены и признаны, иначе группа застрянет в состоянии БД. Эти состояния отражают способы, при помощи которых члены группы пытаются справиться с опасными чувствами и импульсами или избавиться от них. Группа будет пытаться занять ведущего желаниями и фантазиями, которые защитят их от запретных эмоций. Эзриэль (Ezriel, 1952) утверждал, что члены группы в первую очередь попытаются установить 3 типа отношений с ведущим, пытаясь защитить себя:

1. Каждый член группы будет сначала пытаться создать *требуемые* отношения, которых он или она требует, чтобы защитить себя от вторых отношений.
2. Вторыми называются *избегаемые* отношения. Их член группы пытается устанавливать, чтобы избежать внешней реальности. Он убежден, что, если он уступит своему тайному желанию вступить в избегаемые отношения, это закончится третьими отношениями.
3. Это не отношения вообще, но ожидаемый результат избегаемых отношений — *катастрофа*.

Катастрофа — пугающий результат, которого следует избегать любой ценой всем членам группы. Эзриэль так описывает этот процесс:

1. Требуемые отношения: идеализация терапевта.
2. Избегаемые отношения: возникнув, они приведут к нападению на терапевта.
3. Катастрофа: либо участник повредит терапевту, либо терапевт в ответ разрушит его.

Во время лечения, по мере того как ведущий индуцирует лучшее тестирование реальности, ожидаемых безоознательно бедствий не происходит. Необходимость требуемых отношений устраняется, и возникают избегаемые отношения и связанные с ними паттерны поведения. И негативные, и позитивные эмоции переживаются и выражаются, в группе устанавливается искренняя близость. В случае группы БД, ведущий зависимой группы должен быть всемогущим; в группе борьбы — непобедимым, в группе бегства — неуловимым, в группе спаривания — чудесным, но еще не родившимся. Так как ожидаемое бедствие не произошло, члены группы узнают, что им не нужно сопротивляться своим искренним чувствам к ведущему. В зрелой рабочей группе, которая более адаптивно пользуется соответствующими допущениями, ведущий зависимой группы — надежный, борьбы-бегства — смелый, спаривания — творческий.

Ведущий играет важную роль в определении того, сможет ли группа перейти от стадии БД-группы к рабочей. Ведущий, которому необходимо быть идеализируемым, будет оставлять группу зависимой. Вследствие этого, плохие чувства отщепляются и проецируются на других членов группы. Возможность появления козла отпущения, таким образом, увеличивается. Козел отпущения имеет важную функцию в группе. Он — вместилище фрустраций, которые группа имеет, но не может выразить ведущему. В каждой группе найдется один или два добровольца на роль группового козла отпущения. Группа окончательно выберет, кто будет выполнять роль накопителя ее злобы, из этого списка.

Ведущий, который требует, чтобы группа была высоко сплоченной, так что негативные чувства не могут быть направлены друг другу, приводит к тому, что они будут направлены вовне. Ведущий, который поощряет спаривание, позволяет членам группы использовать свою потребность в надежде, чтобы предотвратить возникновение негативных чувств — гнева и отчаяния.

Однако, спаривание, как и другие виды БД, может быть рассмотрено как тест для ведущего. Спаривание будет продолжаться, если ассертивность не может быть мобилизована таким образом, чтобы сделать победу над гневом и отчаянием менее зависящей от ведущего, который продолжает поощрять обнадеживающую ситуацию. Если терапевт может помочь членам группы принять свои ограничения, а также гнев или разочарование, сопровождающие такое осознание, он побуждает группу стать более автономной. Негативные силы борьбы-бегства не будут отщеплены. В спаривании группа имеет возможность принять и осознать свои фантастические желания. Спаривание в группе есть эксперимент, поставленный группой для того, чтобы определить, безопасно ли быть откровенным. Фантазия или иллюзия не всегда является защитой. Она может быть творческим адаптивным ответом. Это позволит группе понять и вообразить то, что не существует, и создать это. Группа в конце концов узнает, что она может устанавливать близкие отношения, не принося в жертву надежду. И, что более важно, они учатся принимать отношения, даже если они несовершенны, без депрессии, злости или безнадежности.

Вот здесь оригинальная концепция Биона должна быть тщательно оценена и модифицирована. БД — не столько результат избегания группой близких отношений, сколько реакция на ведущего или на ситуацию, которая препятствует близости. Браун пишет, что «БД — результат избегания искреннего личного общения, которое призвано не допустить тяжелые чувства в отношениях» (1985, стр. 216). Состояние БД, следовательно, наиболее вероятно в группе, где личностный контакт запрещен, неуместен или его лучше избегать (в неблагополучных семьях, больших группах, в рабочей обстановке или в терапевтических группах, где ситуация развивается точно «по Биону»). В таких ситуациях легко понять, как сильный лидер, враг или утопическая идея могут возникнуть в качестве жизнеспособной и занимательной альтернативы всем групповым проблемам.

Браун полагает, что обстановка, способствующая истинному контакту, например, хорошо функционирующая терапевтическая группа, уменьшает вероятность возникновения БД. Терапевтическая группа, которая сталкивается со своими проблемами и различиями и позволяет полное выражение всех эмоций — негативных, позитивных или неудобных — предотвращает возникновение и

сохранение БД. Задача ведущего — не содействовать БД, чтобы анализировать или изучать его появление; скорее, он должен быть уверен, что БД не проявляется и не поддерживается в группе.

В группах, которые не претендуют на то, чтобы быть терапевтическими, БД выполняют важную функцию. БД могут быть распознаны в обществе в виде институтов церкви, армии и аристократии. Функция церкви — организовать зависимость от божества, армия защищает королевство, аристократия — обеспечивает следующее поколение лидеров.

Если интерпретации БД Биона и Эзриэля верны, их анализ имеет два важных приложения для групповой терапии. Во-первых, их работы подразумевают, что БД — результат, а не причина того, что на собрании группы запрещен искренний близкий диалог. Во-вторых, Браун определенно указывает, что задача ведущего — не анализировать или увеличивать БД, но содействовать интимному взаимодействию между членами группы, таким образом минимизируя или окончательно устраняя деструктивные силы, которые препятствуют выполнению открытых задач рабочей группы.

Соппротивление близости в группе.

Однако, ведущий группы вскоре обнаружит, что способствовать интимности — нелегкая задача. Каждый желает интимности и боится ее одновременно. Каждый член группы будет обнаруживать свои собственные стратегии, направленные на то, чтобы систематически саботировать близость. Это верно и при лечении алкоголиков и аддиктов. Задача ведущего — распознавать сложные меры предосторожности, принимаемые каждым членом группы для того, чтобы воспрепятствовать истинной близости. Соппротивление членов группы сильнее всего связано с их страхом интимности. Если алкоголик или аддикт может найти способы, чтобы избежать ее, он будет чувствовать себя оправданным: «Смотрите, я был прав; нельзя действительно доверять людям».

Если ведущий может внимательно наблюдать за способами, при помощи которых члены группы сопротивляются близости, он поможет каждому осознать свой собственный стиль. Например, член группы может иметь привычку говорить не то, не тогда, не так или не тому человеку. Иногда он может делать все это одновременно.

Групповая терапия — лечение выбора для проблем в сфере интимности. Соппротивление близости существует, потому что ал-

коголик или аддикт боятся, открывшись другому, быть отвергнутыми. Этот страх, стоящий за сопротивлением, должен быть разрешен, чтобы человек был способен достичь близости с другими на зрелом уровне. Детский страх интимности должен быть рассеян и замещен зрелым чувством близости.

Стив, 39 лет, менеджер по продажам, пришел на групповую терапию по просьбе семейного терапевта. Он был женат более 15 лет, и они с женой обращались к терапии пар, так как были не удовлетворены своей сексуальной жизнью. После более чем 6 месяцев стало очевидно, что их сексуальные проблемы являются результатом эмоциональной закрытости. Они жили отдельно почти год, прежде чем прийти на терапию, и их отношения характеризовались периодами близости и эмоционального дистанцирования. Стив жаловался, что жена держит его на дистанции, сдержанна и не интересуется им в сексуальном плане. Она считала, что каждый раз, когда она становилась ближе к нему, он делал что-то, чтобы оттолкнуть ее, и она не желала больше доверять ему из-за его непоследовательности. Так как они зашли в тупик в этой борьбе, было решено, что для них будет лучше преодолеть свой страх близости по отдельности. Через месяц групповой терапии паттерн Стива — колебание между близостью и дистанцированностью — стал очевиден группе. И хотя аналогичное наблюдение его жены вызвало лишь отрицание и гнев, он оказался более открыт к обратной связи от других участников группы. Стив также свободно говорил о своих случайных сексуальных связях и постоянном курении марихуаны. Так как его жена росла в доме алкоголика-отца и сама была выздоравливающей алкоголичкой, более восьми лет сохраняющей трезвость с помощью АА, она бурно реагировала на непоследовательное поведение, демонстрируемое Стивом «под мухой». Он на ее обвинения отвечал, что ее мозги промыты АА. Однако, так как среди остальных членов группы многие лечились от алкоголизма, они начали выражать сходные взгляды. Стив начал признавать, что употребление марихуаны периодически беспокоило его самого. Но признавать это перед женой он отказывался, поскольку это означало бы, что она права. По мере того, как противоречивые сообщения Стива

исследовались другими членами группы, ему начали задавать вопросы о мотивах его интрижек и употребления марихуаны. Каждый раз, когда он злится на холодность жены, он накуривается, чтобы подавить свою злость и «не сделать еще хуже». Так как она продолжает отодвигаться от него еще дальше в результате употребления им марихуаны, он чувствует, что оправдано удовлетворение сексуальных потребностей где-то еще. После сексуальной связи с другой женщиной чувство вины уменьшает его злость, и он снова делает усилие к тому, чтобы сблизиться с женой. Она бы могла ответить на это, но с подозрением относится к его мотивам. Как только она отстраняется, все повторяется снова, и так все последние 10 лет.

Когда группа начала указывать Стиву на его нелады с близостью и смешанные послания, он осознал свой страх интимности. В конце концов, однажды в группе Стив признал, что боялся сблизиться с женой или связать себя женитьбой: «Я одной ногой внутри, а другой снаружи. Я боюсь, что если стану последовательно сближаться с ней, она все же может отвергнуть меня. Я не хочу так рисковать». Стив не хотел сталкиваться с возможностью быть отвергнутым, сблизившись с кем-то. Как при состоянии спаривания в схеме Биона, Стив не хотел риска истинной близости, так как это бы потребовало отказаться от надежды на близость. Его идеализированная фантазия должна была навсегда остаться нерожденной. Так было с его матерью. Она была холодна, дистанцирована и не желала принимать Стива таким, каким он был. Настоящая близость отсутствовала в их отношениях, и он боялся быть отвергнутым другой женщиной, которую глубоко любил. Стив оыгрывал этот страх со своей женой. Если он рисковал быть собой, то ожидал отвержения. Так как его собственная мать принимала его, только если он соответствовал ее желаниям и ожиданиям, он бунтовал, не желая им соответствовать. Но он боялся выразить свою злость матери открыто, так как это привело бы к еще большему отталкиванию. Поэтому он был одной ногой в отношениях с женой (желал близости), а другой — снаружи (боялся быть отвергнутым, если откроется ей и не будет соответствовать ее ожиданиям).

Соппротивление близости в группе обязательно возникнет, если группа достаточно долго вместе. Ведущий должен позволить проявиться сопротивлению каждого члена группы, прежде чем их страхи будут выявлены и разрешены. Наблюдение сопротивления в группе дает ведущему много информации о страхе близости каждого члена группы. Как указывал Фрейд, «то, что люди избегают говорить, более важно, чем то, что они сообщают о своих страхах». Оскар Уайльд выражал сходный взгляд: «Человеческие маски говорят больше, чем лица».

Луис Ормонт (1985) перечислил четыре главных страха близости в группе:

1. страх перед импульсивностью
2. страх слияния
3. страх быть покинутым
4. страх уязвимости

Страх перед импульсивностью

Члены группы, особенно алкоголики и аддикты, страшатся своей импульсивности. Если они чувствуют или показывают ее, они боятся, что она выйдет из-под контроля. Это не относится только к злости или враждебности, это проявляется и в их любви к другим, которую часто путают с сексуальностью. Член группы мужского пола, в частности, может становиться заметно более жестким, когда обращается к другим мужчинам в группе. Он боится, что если покажет теплые чувства к мужчине, окружающие могут подумать, что он гомосексуалист. Многие мужчины и женщины борются с желанием близости, так как не знают, как быть близкими вне сексуального контекста. Секс и близость часто исключают друг друга. Они боятся, что если станут ближе к кому-то, это будет означать, что они должны задействовать сексуальные чувства.

Страх слияния

Многие индивиды, особенно те, кто рос, имея контролирующих и навязчивых родителей, будут сильно бояться слияния. Они страшатся быть подчиненными другим, если приблизятся к нему. Они должны оставаться отделенными, чтобы не потерять себя в другом. Жена Стива переживала этот страх, потому что ее мать пыталась жестко контролировать ее, так как не могла контролировать своего пьющего мужа. Она видела в усилиях Стива сблизиться с

ней попытки ее контролировать, так как ее мать использовала близость и интимность в качестве средств контроля.

Страх быть покинутым

Каждый человек обычно переживает огромный страх быть покинутым. Особенно те, кто уже был покинут кем-то, кого они сильно любили. Поскольку члены группы хотят близости и любви, может показаться, что ответ на их дилемму прост: любовь и близость обеспечат глубокое удовлетворение их реальной и инстинктивной потребности. Единственная проблема с интимностью и близостью в качестве решения проблемы изоляции состоит в том, что любовь и близость отдают человека на милость любимого объекта. Они делают его крайне уязвимым к потере объекта или отвержению им. Как сказал Фрейд, «мы никогда не бываем так незащитны, как когда мы любим, и никогда не бываем так беспомощно несчастны, как теряя объект любви или его любовь» (Цит. по Fancher, 1973, стр. 229). Люди, пережившие отвержение, обычно неохотно выбирают близость и любовь в качестве пути к счастью.

Это положение было ясно продемонстрировано Мери. Тридцатилетняя секретарша пришла в группу из-за депрессии и отсутствия друзей. Она никогда не могла удовлетворить своих родителей, они критиковали ее внешность, интеллект и даже пол. Ее старший брат, которого они предпочитали, так как он был мужчиной, был успешным студентом, атлетом и бизнесменом. Мери была очень чувствительна к замечаниям группы, которые могли даже в самой легкой степени быть названы критическими. Она постоянно принижала себя, говоря, что никому в группе не нравится, и знает, почему. Как только ведущий уделял внимание другому члену группы, она нападала на этого человека и обвиняла терапевта в том, что на ее проблемы он не обращает внимания в такой степени. Ее поведение доводило группу до отчаяния. Их протесты против ее обвинений были тщетны и привели к тому, что многие стали ее избегать из-за ее фрустрирующего поведения. Ее страх отвержения заставлял ее проверять каждого, с кем она вступала в контакт. В конечном счете она прямо предъявила свой страх ведущему: «Я знаю, я никчемная, и я бы хотела, чтобы вы отвергли меня сейчас, прежде, чем я привяжусь к вам слишком сильно». Как только мотив ее поведения стал очеви-

ден группе, ведущий постоянно интерпретировал ее действия ей и другим членам группы. В конце концов, группа перестала отыгрывать свою роль в ее «самоисполняющихся пророчествах». Отказавшись поддаваться на ее постоянные проверки, члены группы начали показывать интерес к ней. Повторяющийся паттерн отношений был постепенно изменен.

Страх уязвимости

Страх уязвимости — самый распространенный страх близости. Каждый член группы боится, что если он станет действительно близок к другому, то будет разоблачен как недостойный, многого не заслуживающий и имеющий массу недостатков. Он боится, что другие члены группы узнают, что он в действительности никуда не годится. Избегание уязвимости принимает множество форм. Некоторые члены группы избегают интимности с помощью выяснения фактов («Что вы имеете в виду под «теплом»?»), придирок («Спасибо за ваше внимание, но будете ли вы должны проявлять его в следующий раз?»). Другие будут предъявлять нереальные требования («Не могли бы вы сказать это мягче?») или нарушать близость других участников («Это напоминает мне друга с работы, у него были точно такие же проблемы»). Иногда член группы встречает близость другого гневом («Да-а, сейчас вы здесь, а где вы были на прошлой неделе?!»).

Задача ведущего — помочь группе проработать каждый из страхов близости. Сначала они будут озадачены его усилиями, так как это противоречит всему, что они знают о физическом выживании. Их ранний опыт говорит им, что быть открытым и искренним небезопасно. Нельзя ожидать, что они отбросят свои старые, хотя и малоадаптивные, способы справляться с жизнью. Они должны осознать, что их страхи, идущие из детства, нереалистичны, они не должны окрашивать их взрослый опыт. Как писал Шекспир, «То, что мы не можем отбросить, мы должны принять». Членов группы нужно поощрять к встрече со своими страхами. Они должны пережить их и полностью узнать, обнаружив, что они основываются на ожиданиях, усвоенных в детстве. Постоянно указывайте на то, что они делают, и постоянно обращайтесь на это внимание других членов группы. Показывайте, каким образом их поведение служит цели предотвращения страха близости.

Каждый обладает своей собственной ранней формой страха интимности. На начальных этапах терапии они будут продолжать цепляться за детские страхи и фантазии о близости. Когда человек начинает говорить о своих страхах в группе, его позиция противостояния близости начинает смягчаться. Он понимает, что его страхи основаны на ранних отношениях с родителями, и обучается в группе более зрелым формам близости, в конечном итоге понимая, что его детские ожидания необоснованны. Всеобщий страх порождается тем, что собственные потребности кажутся бездонными. Человек стыдится своих потребностей, его нужды его пугают, потому что они никогда не встречали соответствующего ответа в детстве. Он понял, что опасно ожидать чего-то от других. Он отрицает свои потребности из-за страха, что они сделают его уязвимым. Поэтому он не дает другим знать о своих нуждах, боясь, что его воспримут как нуждающегося и отвергнут. Другие члены группы поймут, что его страх близости связан со страхом оказаться должным, обязанным. Если он что-то берет, то боится, что должен будет что-то отдать. Если он дает что-то другим членам группы, он боится, что этого будут ожидать от него и в будущем, и этот дар превратится в его цену.

Так как эти страхи и проблемы разрешаются в группе, зрелое желание близости будет пережито каждым из ее членов. Интимность и близость принесет ощущение жизненности их переживания, которое не просто случается, но и сохраняется. Оно войдет в их характеры и в их бытие. Группа сумеет разделить общую близость, где может выражаться и переживаться полная гамма эмоций. Вся группа в момент интимности оживает.

Соппротивление непосредственности

Соппротивление может принимать множество форм, и может вызываться множеством разных обстоятельств, тем, условий и ситуаций. Луис Ормонт (1993) очень хорошо осознавал, что большинство сопротивлений возникают непосредственно здесь и сейчас. Как он правильно заметил, не только перенос (с которым мы разбирались в Главе 13) — межличностный феномен, но и «все сопроотивления в группе являются также трансферентными сопроотивлениями (эго-перенос, ид-перенос и т.д.)» (стр. 400). Ормонт утверждает, что любое сопроотивление общению связано с переносом, и что группа, с ее полным набором разных участников, обе-

спечивает множество трансферентных объектов. Сопротивление коммуникации из-за переноса на ведущего, других участников и группу как целое обычно ведет к тому, что группа становится скучной и бесцельной. Ормонт уверен, что «искусство групповой терапии состоит в большой мере в том, чтобы сохранять группу живой и в настоящем моменте времени» (Личное общение, 1985). Эффективная работа с сопротивлением требует, чтобы ведущий активно распознавал эти сопротивления, когда они проявляются в непосредственности группы, и помогал участникам справиться с ними. С точки зрения Ормонта, существуют три обычные формы сопротивления, манифестирующие в группе, и все они имеют отношение к избеганию здесь-и-сейчас:

1. Тенденция участников говорить в прошедшем времени вместо настоящего.
2. Склонность участников забегать в будущее.
3. Предпочтение проблем, связанных с их жизнью вне группы.

Ормонт считает, что групповая терапия достигает успеха или проваливается в той мере, в какой ведущий может держать членов группы вовлеченными в осмысленную коммуникацию в непосредственности здесь и сейчас. Степень, до которой ведущий осознает и может идентифицировать источник сопротивления, определяет то, будет ли это сопротивление разрешено или проработано. Во многих случаях поощрение самоосознавания, идентификация и разрешение сопротивления являются целью лечения. Сделать бессознательное сознательным — Фрейд считал это одной из ранних целей психоанализа. Он часто определял цель лечения так: «Где было Ид, должно стать Эго». Мало для кого это столь же верно, как для алкоголиков и аддиктов. Аддикцию часто называют болезнью отрицания — самого примитивного и деструктивного сопротивления. Отрицание аддиктивных индивидов не ограничивается только отрицанием их зависимости от алкоголя или наркотика, это также отрицание того, что они нуждаются в других людях и являются ограниченными, эмоционально уязвимыми человеческими существами. Проработка сопротивления признанию себя алкоголиком или аддиктом — лишь первый шаг к проработке сопротивления тому, что они — хрупкие, нуждающиеся существа, которых сильные чувства часто ведут или толкают в направлении, которого они не понимают, и которые не осознают своей нужды. Спиноза написал об этом много лет назад так: «В той степени, в которой мы отделены от сво-

их эмоций, и в той мере, в которой эти эмоции направляют и порождают наши действия, мы находимся в человеческом рабстве у этих эмоций» (цит. по Durant, 1926, стр. 201). Пребывание в непосредственности здесь и сейчас помогает пробудить чувства, которые спят или вытеснены за пределы осознания, позволяя перевести чувства в сознание и, в конечном счете, овладеть ими.

Сопротивление чувствам в группе.

Групповая терапия должна быть местом, где могут быть выражены все чувства, будь то гнев или счастье. Должна быть представлена полная гамма эмоций, однако, существует индивидуальное и групповое сопротивление их выражению и признанию. Ведущий должен сначала справиться с групповым сопротивлением, а затем браться за индивидуальное. Сопротивление можно уменьшить, если соответствующим образом обращаться с чувствами, возникающими в группе. Однако, они могут быть настолько сильными, бессознательными или отрицаемыми, что группа может застрять в Бионовских БД. Каждое сопротивление в группе может быть прослежено до чувства, которое было вызвано другими членами группы. Ведущий должен быть способен проследить сопротивление до того момента, когда группа перестала быть эффективной. Хотя группа и ее члены могут быть осведомлены о своем сопротивлении, их осведомленность может быть поверхностной и мало связанной с остальным опытом. Задача ведущего — сделать так, чтобы бессознательные чувства, приведшие к сопротивлению, были осознаны. Фанчер (Fancher, 1973) кратко описывает это, когда пишет о ранних открытиях Фрейда, касающихся сопротивления:

«Фрейд вынужден был прийти к заключению, что наиболее важная часть сопротивления — не всегда наиболее очевидная часть. Сознательный дистресс и отвращение, переживаемое пациентом — только поверхностное проявление его сопротивления. Его глубочайшее сопротивление воплощено в неврозе переноса, который является копией его реальных неврозов, и который полностью бессознателен. Это убедило Фрейда, что на наиболее существенном уровне индивиду не известно о своем собственном сопротивлении и о реальной природе своих конфликтов. Таким образом, бессознательным является не только вытесненное содержание, но и сам процесс вытеснения» (стр.200-201).

Первейшая задача ведущего — работа с сопротивлением и с препятствиями к выражению эмоций и чувств. Он должен привести членов группы к осознанию способов их сопротивления и блокирования эмоций. Поскольку участники делают это, чтобы избежать боли и неудовольствия, они должны понять, что в чувствах нет опасности, и что их способы самозащиты больше не нужны.

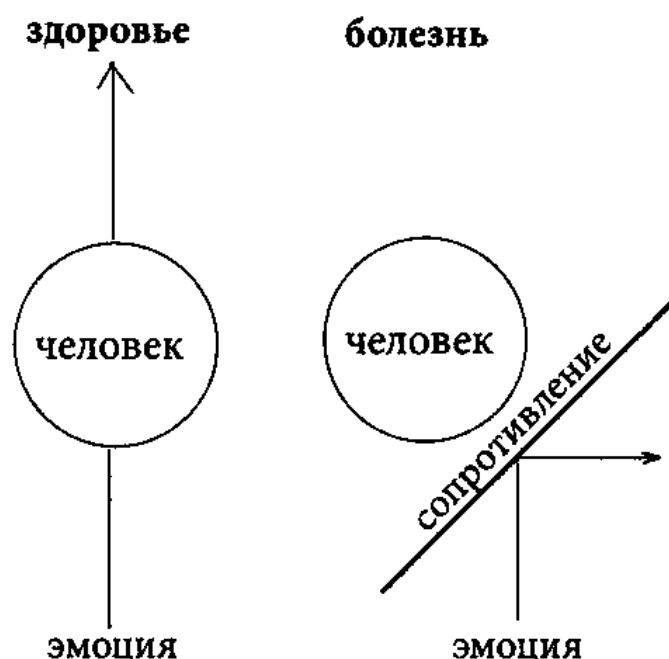
Исправление нарушений личной эмоциональной жизни — главная функция психотерапии. Есть пределы и ограничения, в которых она действует. Терапия эффективна главным образом в области тех способов, которыми индивидуальный субъективный эмоциональный опыт нарушает способность человека функционировать в межличностной и интеллектуальной сферах. Чтобы выполнить эту задачу в группе, ведущий должен иметь доступ к чувствам каждого участника, а это требует активации чувств в группе. Каждый член группы должен прийти к переживанию широкого спектра чувств, так как последние не могут быть изменены или исследованы только посредством разговора о них. Они должны быть пережиты и наблюдаемы в группе. В активации чувств всегда есть элемент риска: ведущий и человек, который их переживает, никогда не знают точно, куда они заведут. Так как чувства часто заразительны, невозможно предсказать ответ других людей на них. Это отражает как плюсы, так и минусы выражения эмоций в группе. Именно этот риск и страх непредсказуемости эмоций заставляют членов группы сопротивляться выражению чувств.

Чувства обычно не возникают в вакууме, они требуют активации со стороны другого. Ведущий должен знать, как способствовать эмоциональному переживанию, не вмешиваясь в него. Если группа и ее члены работают, ведущему лучше хранить молчание. Если человек или группа зашли в тупик — тогда ведущий должен активизировать реакции других членов группы. Часто именно взаимодействие участников пробуждает аффект.

Вера в то, что человек должен быть вовлечен в реальные эмоциональные переживания, чтобы добраться до вытесненных чувств, относительно нова и отражает переход от интрапсихической модели к модели, основанной на взаимодействии и объектных отношениях. Старый аналитический подход Фрейда состоял в том, что достаточно сфокусироваться на чувствах и причинах (защитах), по которым субъект их блокирует. Строгая приверженность этой модели не уделяла достаточно внимания чувствам, возника-

ющим в ответ на изменение в интерперсональном контексте. Чувства имеют адаптивное значение и служат функции решения проблем. По межличностным обменам в группе ведущий узнает, как каждый член группы адаптировался к чувствам, вызываемым близостью или гневом.

Душевное здоровье определяется взаимодействием между индивидом и его чувствами. Способность переживать свои чувства без сопротивления или избегания в большой степени определяет, здоров или болен человек (рис 14.2)



Болезнь часто является результатом блокировки индивидом своих чувств. Нездоровая личность не связана со своими эмоциями и не соприкасается со своими чувствами. В противоположность популярному мнению, поддерживаемому большинством членов групп, здоровый человек — это тот, который может переживать свои негативные чувства, такие как грусть, гнев, зависть и тревога. Многие алкоголики и аддикты пытаются достичь ошибочного идеального состояния, в котором, как они верят, они никогда не будут снова испытывать негативные эмоции. Алкоголь и наркотики какое-то время подтверждают эту иллюзию. Однако, негативные чувства, которых они боятся и которым сопротивляются, постоянно стремятся к выражению. Сопротивление негативным чувствам не так избирательно, как верят алкоголики и аддикты. Эти чувства отрицаются и подвергаются вытеснению

вместе с позитивными. Задача ведущего — подвигнуть группу на выражение всех подавленных чувств. Он должен создать в группе климат работы, ведущей от болезни к здоровью.

Когда участники группы направляют свои усилия на блокировку чувств и сопротивление им, возникают проблемы. Здоровые члены группы могут исследовать свои чувства и причины, приведшие к ним. Если гнев слишком пугает, или боль — слишком переполняет, защиты индивида становятся чрезвычайно жесткими. Человеку нужна обстановка поддержки и безопасности, прежде чем он рискнет выпустить подавляемые чувства. Только после того, как они выражены, человек может прийти к пониманию того, что же с ним произошло. Когнитивные искажения будут элиминированы, и тогда появится шанс отразить в опыте тот факт, что настоящее не связано прошлым и не определяется им. Это требует, чтобы переживание чувства было полностью завершено. Если человек злится, он должен это выразить. Полностью выраженное чувство часто становится для индивида освобождающим опытом.

Уорд (Ward, 1984) выражает важность этого принципа, описывая необходимость завершения опыта, прежде чем он может быть понят: "Только после покупки спортивной машины, которую вы всегда хотели, вы поймете, почему она была нужна вам в первую очередь". Понимание последовательности событий, приведших к выражению гнева или покупке спортивной машины, приведет опыт к завершению. Непонятое эмоциональное выражение приведет к увеличению сопротивления этой эмоции в будущем.

Ведущий обнаружит, что некоторые члены группы настраивают себя на защиту от чувств, сопротивляясь спонтанности и усиливая ригидность. Они становятся формой бездуха. Конвенциональность управляет их жизнью, и это уводит их от спонтанного выражения гнева или близости. Член группы, который свободно ведет себя в межличностном взаимодействии и адекватно выражает эмоции, обладает хорошим душевным здоровьем.

Эмоции могут вмешиваться и в интеллектуальное функционирование. Человек не только теряет спонтанность в интимном взаимодействии, но и становится ригидным в мышлении и решении проблем. Активное объяснение своей проблемы другим включает в себя приведение его трудностей в некоторый порядок и выводит из текущего эмоционального и ментального состояния, что часто освобождает личность из ее тупиковой

ситуации. Если человек “заморожен” тревогой и сопротивляется исследованию альтернатив, он порой буквально не может думать. Ему необходима способность изменять направление мыслей и эмоциональные реакции. Человек, застрявший в одном (одной) из них, может буквально находиться в тупике. Уорд (1984) описывает прекрасный пример такого состояния:

Инженеры компании в течение многих лет безуспешно пытались найти необходимый вид растворителя для газетных чернил, чтобы сэкономить миллионы долларов. В конце концов, обезумев от неудач, они попросили совета внешнего консультанта. Он отказал им в их просьбе возглавить очередное исследование со словами: “Вы уже подумали обо всех возможных растворителях. Я сомневаюсь, что смогу найти еще один. Давайте лучше найдем чернила, растворяемые одним из уже придуманных растворителей.”

Жесткие мыслительные установки, как показывает эта иллюстрация, могут заморозить процесс мышления. Психотерапия должна быть направлена на размораживание и пересмотр субъективного опыта. Часто разговора о чувстве достаточно, чтобы человек реорганизовал его понимание. Эмоции могут быть похожи на карты, которые замораживают каждого в центре своей вселенной. Когда человек видит “общую картину”, он осознает, что его восприятие проблемы преувеличивает ее значимость. Он буквально не может увидеть лес за деревьями. Вещи, которые ближе, кажутся больше тех, которые расположены дальше. Если индивид может располагать вещи соответственно их историческому и временному положению, он может увидеть их реальный размер.

В межличностном взаимодействии, как и в группе, люди вызывают эмоции друг у друга. Чем сильнее чувства, тем примитивнее их понимание. Если человек очень зол и обижен на другого, ему будет казаться, что все, что делает этот другой, делается единственно для того, чтобы обидеть и разозлить его. В детстве все наполнено эмоциями. В процессе развития субъект учится лучше их понимать. Понимание помогает уменьшать интенсивность эмоций и адекватно их выражать. В групповой терапии член группы должен учиться последовательному переживанию и пониманию эмоций. Если он этого не делает, он или останется жертвой своих эмоций, или лишится их вовсе. Понимание чувств приводит к меньшему

сопротивлению им, и позволяет человеку их более полно выражать. Это позволяет ему модулировать соответствующее выражение чувств вместо контроля или отсутствия контакта с ними.

Специальные замечания о сопротивлении при аддикции

Так же, как химическая зависимость затрагивает каждый аспект человеческой жизни, она чрезвычайно сильно влияет на лечение и групповую терапию. Ведущий группы часто может сталкиваться с набором трудностей, уникальным для данной популяции пациентов. Сопротивление алкоголиков и аддиктов в группе будет принимать множество различных форм. Терапевт встретится не только с индивидуальными и типичными групповыми сопротивлениями, которые присутствуют в любой терапевтической группе, но будет вынужден найти путь эффективного преодоления характерологических защит и отыгрывания, которые типичны для этого контингента. Пытаясь прояснить обычные сопротивления аддиктов и алкоголиков в групповой терапии, Марша Ванничелли (Marsha Vannicelli, 1992) нашла полезным поискать способы «снятия застав» путем дифференциации сопротивлений в соответствии с тремя категориями:

1. Снятие сопротивлений группы.
2. Снятие сопротивлений индивидов в группе.
3. Снятие сопротивлений контрпереноса у ведущего группы.

Групповые сопротивления

Необходимо отличать групповое сопротивление от индивидуального. Иногда это вызывает трудности, так как они взаимодействуют друг с другом. Как указывает Ванничелли, то, что временами проявляется как индивидуальное сопротивление, может на самом деле оказаться репрезентацией того, что группа позволила индивиду контейнировать некоторые части сопротивления всей группы, «выбрав» его для этой цели. Например, участник может вместить в себя страх быть атакованным или осужденным, принадлежащий группе в целом. Это может быть озвучено, когда отдельный человек говорит о проблеме безопасности и доверии в группе. Если один из участников озвучивает этот страх нападения и недостаточное ощущение безопасности или недоверие группе, и если группа позволяет одному участнику контейнировать все

чувства группы на индивидуальном уровне, остальные могут или направить свою энергию на то, чтобы попытаться убедить его в том, что здесь вполне безопасно, или, как это обычно бывает, они могут атаковать индивида, не доверяющего им и «их группе». То, что может казаться сопротивлением индивида, может в этом случае представлять собой сопротивление группы, неспособной реалистически обращаться с важной стадией группового развития. Вместо того, чтобы иметь дело с амбивалентностью и неопределенностью жизни и любых отношений, группа может отступить на стадию фальшивой сплоченности, требующей послушания и не позволяющей иметь отличия. В результате группа будет сопротивляться этой здоровой стадии развития, и вместо этого атакует отклонившегося участника за «невыполнение программы».

Ванничелли, признавая перекрытие между тремя категориями сопротивления, считает полезным рассматривать сопротивление группы-как-целого также в рамках трех категорий:

1. *Отвлекающие занятия.* Группа активно вовлекается в одну тему или проблему, используя это как способ избежать более важной, фокусируясь на внешнем для группы кризисе, шутя или вступая в типовые взаимодействия.
2. *Защиты избегания.* Группа игнорирует болезненный материал, ведя себя так, как будто она не знает, что происходит, ведя себя сочувствуя, замолкая, игнорируя важные самораскрытия и используя другие формы бегства.
3. *Смещение.* Участники смещенным образом говорят о терапевтической группе — например, как сильно они ненавидят еженедельные собрания на работе или особенно встречи АА или Ал-Анона (1992, стр. 118).

Индивидуальное сопротивление

Даже самые мотивированные и полные энтузиазма члены группы будут демонстрировать сопротивление. Его нельзя предотвратить и, ради выздоровления и прогресса в лечении, его никогда не следует избегать. Работа с сопротивлением и, в некоторых случаях, его преодоление — источник самых жизненных и полных смысла событий, случающихся в процессе лечения. Бессознательные желания, страхи, фантазии, амбивалентность и въевшиеся, привычные характерологические паттерны — все это вносит свой вклад в то, что пациент обычно ведет себя, действует и даже думает деструктивно

и самопораженчески. Эти действия и установки обычно находятся за пределами осознания, и поэтому устойчивы к разъяснению и попыткам угашения. Только поместив их в центр неотрицающего осознания человека, мы можем дать ему шанс изменить свои привычные черты. Чтобы в лечении наблюдался прогресс, сопротивление должно сначала проявиться и быть пережито.

Один из самых мощных и эффективных способов позволить сопротивлению проявиться — обеспечение индивиду чего-то, чему можно противостоять или сопротивляться. Это и есть цель группового контракта — набора основополагающих правил, ожиданий и рабочих соглашений, которые, как вы ожидаете, пациент будет нарушать. «Терапевтический контракт обеспечивает ясные рамки ожиданий, отклонения от которых могут быть продуктивно исследованы» (Vannicelli, 1992, стр. 139). Ормонт, как это обычно бывает, сказал то же самое более красочно: «Мы даем им эти правила, потому что знаем, что они попытаются нарушить их. Потом мы спрашиваем их, почему они это сделали, и заставляем их рассмотреть и исследовать свои оправдания».

Любая лечебная программа и терапевтическая встреча подразумевает набор ожиданий, допущений и основных правил. Чем более подробным и ясным является этот рабочий контракт с группой, тем лучше для лечения, и тем проще ведущему. Поскольку контракт определяет ограничения ожиданий ведущего и обязанностей участников, большая часть важной работы в группе будет направлена на управление границами или терапевтическими рамками группы. Ценная информация будет сообщена членом группы, который: (1) опаздывает; (2) не приходит или не звонит; (3) не оплачивает счет; (4) избегает сообщать что-либо важное о своей жизни; (5) не использует равную долю времени для высказываний; (6) использует сексуальное отыгрывание; (7) использует химическое отыгрывание; (8) чрезмерно контактирует с участниками вне группы с целью сохранения секретов или формирования подгрупп; и (9) пытается сформировать особый альянс с ведущим.

Сопротивление ведущего группы

Сопротивление может также принять много форм и у ведущего. Многие формы имеют отношение к контрпереносу, с которым мы более подробно разбирались в Главе 13. Однако, здесь важно поговорить о терапевте, который не может выполнять свою часть груп-

пового контракта. Последний требует, чтобы ведущий проводил контракт в жизнь и активно спрашивал об отсутствиях, задержках, отыгрывании, оплате, слишком обильных или скудных высказываниях, а также о бесчисленных проблемах с границами, которые нужно поддерживать в группе.

Как бы ни важны были эти вопросы, они не идут ни в какое сравнение с тем, когда ведущий терпит неудачу в обращении к самой важной проблеме аддиктов и алкоголиков в лечении — а именно, к абстиненции и к неудаче в поддержании химической чистоты. Провал в поддержании абстиненции — самый критический вопрос и первичное требование лечения, если аддикт или алкоголик демонстрирует самое волнующее сопротивление, которое может встретиться терапевту при работе с этой популяцией. Необходимо подчеркнуть, что не все тяжело пьющие или злоупотребляющие тяжелыми наркотиками страдают аддикцией, по крайней мере в том смысле, в котором АА, АН или АК ее определяют. Если человек соответствует критериям аддикта или алкоголика в АА или другой двенадцатишаговой программе, он или она должны сохранять абстиненцию. Терапевт, соглашающийся с аддиктом или алкоголиком, который верит, что абстиненция — это вариант, а не необходимость, задействован в самом проблемном и опасном сопротивлении, которое может проявиться у представителей данной популяции.

Влияние ведущего на групповое сопротивление

Важность стиля ведения и личности ведущего часто игнорируется при оценке сопротивления. Браун (1985) указывает, что состояние БД “может быть, обязано своим существованием условиям, навязанным группе самим Бионом” (стр. 192). Кернберг (1984) выражает сходный взгляд, когда утверждает, что объяснения групповой динамики Бионом и Фрейдом были наблюдениями, определяемыми в большой степени их собственным влиянием на динамику группы. Кернберг продолжает указывать на наличие общей и ошибочно поддерживаемой веры в то, что ведущий не имеет качеств, которые воздействуют на группу, организацию или учреждение. Он утверждает, что это — результат потребности организации отрицать личность своего лидера. Точка зрения Кернберга состоит в том, что ведущий не может помочь, но воздействует на группу. Важнее всего то, что существуют некие черты ведущего, которые способствуют групповому сопротивлению.

Когда присутствует ряд разрушительных для процесса лечения сопротивлений, возникающих в группе, отношение и контрперенос ведущего играют критическую роль в паттернах сопротивления. Многим членам группы позволено проявлять направленные таким образом тенденции, поскольку ведущий либо игнорирует их поведение, либо нехотя делает некоторые попытки решения данного вопроса. Поскольку индивидуальное сопротивление члена группы может вызвать непринимаемые чувства у ведущего, он может постараться перехитрить свой собственный гнев, безразличие или тревогу вместо того, чтобы использовать их для конфронтации с ним. Следовательно, сопротивление члена группы никогда не будет иметь шанса выявиться и быть исследованным в группе. Чувства, стоящие за сопротивлением, остаются скрытыми и отрицаемыми, хотя последовательно отыгрываются. Как только сопротивление чувствуется, оно сразу должно быть исследовано. Если этого не происходит, это может усилить деструктивные паттерны поведения члена группы и привести к избеганию лечения. Все остальное должно быть отложено, как только обнаружилось сопротивление. Это должно стать главным делом. Не существует никаких терапевтических оправданий для отсрочки конфронтации с разрушающим лечение сопротивлением. Главным стремлением ведущего должно быть оберегание группы и ее существования ради каждого из ее членов.

В то время как контрперенос ведущего может способствовать его нежеланию разбираться с индивидуальными сопротивлениями в группе, существуют также определенные характеристики лидера, которые увеличивают сопротивление группы:

1. Недостаток эмпатии;
2. Неспособность соответствующим образом реагировать в нужное время;
3. Преждевременные или неверные интерпретации;
4. Враждебная конфронтация в группе в неподходящее время.

С другой стороны, существуют важные качества, которыми ведущий должен обладать, чтобы минимизировать сопротивление в группе. Для этого ведущий должен быть:

1. Умным;
2. Честным и неподкупным;
3. Немного нарциссичным;
4. Немного параноидальным.

Если он не будет немного нарцисс, он не будет обладать харизмой и энергией, необходимой для поддержания жизненности группы. Если не будет слегка параноидален, его будет легко одурачить или ввести в заблуждение. Он должен уметь смягчать и ослаблять проявления своей личности, чтобы не доминировать над группой и ее членами. Но он должен использовать свою личность и ее воздействие, чтобы справиться с сопротивлением в группе.

Сопротивление никогда не будет разрешено, если видеть в нем патологию. Такое понимание сдвигает сопротивление из области коммуникации на пациента. Только если ведущий способен спросить себя “Что этот человек сообщает мне своим сопротивлением?”, он сможет транслировать это назад пациенту. Это составляет сущность разрешения сопротивления в терапии. Сначала ведущий должен понять, что человек выражает своим сопротивлением, а затем объяснить это пациенту понятным ему языком. Многие терапевты выучили, что тишина нейтральна. Однако, зачастую понимание тишины как нейтралитета — лишь благое пожелание терапевта. Пациенты не воспринимают тишину как нейтральный акт, они принимают ее за безразличие и отвержение. Ведущий не должен ожидать, что пациенты поймут его интерес и заботу о них, то, что он благосклонен и слушает, пока терапевт не сообщит этого членам группы на доступном каждому из них языке.

Цель психотерапии — пережить то, что переживает пациент, и передать это понимание ему. Если индивид не понят, он отодвинется дальше. Каждому члену группы должно быть дано право согласиться, не согласиться или изменить то, что, как ведущий думает, он слышит. Если член группы не чувствует, что имеет право поправлять ведущего, он будет сопротивляться тому, чтобы делиться дополнительной информацией.

Целительный процесс возникает из коммуникации между членами группы и ведущим. Три вещи необходимо сделать, чтобы минимизировать и разрешить сопротивление:

1. Члены группы должны чувствовать безопасность, чтобы позволить вытесненному материалу стать сознательным.
2. Выражаемые чувства, ассоциирующиеся с этим материалом, должны быть приняты членами группы и ведущим.
3. Этот материал должен быть интегрирован в личность члена группы.

Каждый человек хочет ощущать непрерывность своей жизни. Чувство безопасности необходимо, чтобы делиться вытесненными или отрицаемыми аспектами “Я” с другими. Если это в группе есть, то ее члены дают выход своим чувствам, чтобы быть понятыми и принятыми. Эмпатическое понимание и принятие помогает вернуть значение и непрерывность в их жизнь. Эмпатические связи с другими делают интроспекцию глубже. Чувство, что другие тебя понимают как взрослого, переживается так, как будто поддержали как ребенка. Это укрепляет ощущение себя. Это — консолидация самости, ведущая к способности изменяться и уменьшающая необходимость сопротивления. Если человек будет чувствовать, что его понимают, старые защитные маневры больше не будут нужны. Если ведущий сфокусируется не на том, что сопротивление — патологическая защита, а на том, каковы его причины, он увеличит эффективность группы и здоровье ее членов.

Глава 15.

Процесс исцеления в групповой терапии

Хайнц Кохут (1984 г.) в книге, опубликованной после его смерти, задал важный вопрос: «Каким образом излечивает психоанализ?». Поскольку Кохут отвечал на этот вопрос с точки зрения психологии самости, его ответ необходимо расширить, так как его формула не принимает во внимание особые целительные силы, присутствующие в групповой терапии. Психологическое лечение — это одновременно и процесс, и событие, на которое влияет множество разных факторов. Групповая терапия отличается от индивидуальной тем, что обстоятельства, влияющие на формирование группы, уникальны для каждой из групп. Тем не менее, как событие или как цель, лечение остается очень похожим как в индивидуальной, так и в групповой терапии. С точки зрения Кохута, человек выздоровел, если он может развивать здоровые объектные отношения. Говоря это, он имеет в виду, что психологически здоровый человек — это тот, кто обладает способностью вступать в здоровые межличностные отношения с другими здоровыми людьми. Межличностные искажения, манипуляции, патологическая зависимость и нереалистичные ожидания сводятся к минимуму. Самое важное заключается в том, что людей, достигших здорового уважения к себе, будут привлекать те, кто так же здоров, как они, и для общения они будут выбирать таких же здоровых людей. Кохут обнаруживает принцип: больные люди тянутся к больным людям, а здоровые — к здоровым. Поэтому он предполагает, что человек, «излечившейся» в терапии — это тот, кто развивает в себе способность искать и выбирать лучших и более подходящих ему друзей, любовников и партнеров. Кохут бросает вызов ошибочному убеждению, что здоровые или «вылеченные» люди больше не нуждаются в других, и что в своем поведении они могут быть полностью независимыми от мнений, действий и одобрения других людей. Для Кохута психическое здоровье определяется не столько полной автономией,

сколько способностью заменять устаревшие и детские способы реализации своих потребностей на более зрелые способы достижения удовлетворения в своих взрослых взаимоотношениях. По словам Кохута,

«Психология Я придерживается мнения, что Я-объектные отношения формируют сущность психологической жизни от рождения до смерти, что переход от зависимости (симбиоза) к независимости (автономии) в психологической сфере не более возможен (тем более, что он не желателен), чем соответствующий переход от жизни, зависящей от кислорода, к жизни, не зависящей от него, в биологической сфере. На наш взгляд, события, характеризующие нормальное развитие психологической жизни, должны отражаться в изменении природы взаимоотношений между Я и Я-объектами, но не в отказе Я от Я-объектов. В особенности, не следует понимать продвижение в развитии в понятиях замещения Я-объектов объектами любви, или движения от нарциссизма к объектной любви». (1984 г., стр. 47).

Если согласиться с описанием природы лечения Кохутом и с его определением психического здоровья, то встает вопрос: как этого достигнуть в групповой терапии? Кохут определяет, что достижение этого процесса в индивидуальной терапии возможно благодаря закладке психологической структуры. Он спрашивает: «Как происходит прирост психологической структуры?» (1984 г., стр. 98). А затем дает ответ на свой вопрос с точки зрения психологии Я. Психологическая структура закладывается (1) посредством оптимальной фрустрации и (2) вследствие оптимальной фрустрации, путем преобразующей интернализации (см. Главу 6). Лечение удается, когда люди, благодаря достаточно хорошим отношениям с подходящим, отражающим и заботящимся человеком, учатся уважать, принимать себя и заботиться о себе, а также не позволять, чтобы к ним относились пренебрежительно, несправедливо или причиняли им вред.

Групповая терапия соответствует описанию лечения Кохута в том, что она помогает заложить психическую структуру. Вопрос, на который необходимо ответить, это «как групповая терапия помогает человеку обрести прочное ощущение Я через оптимальную фрустрацию посредством преобразующей интернализации?». Ко-

хут предполагает, что прочное чувство Я устанавливается по мере того, как участники прорабатывают на занятиях группы свои индивидуальные различия и усваивают более адаптивные способы решения межличностных и внутриличностных конфликтов. Группа способствует этому процессу, поскольку обеспечивает каждого участника источником поддержки, идентификации и принятия, и в то же время дает набор здоровых ценностей, которые они могут интернализировать и усвоить. В итоге, замещение каждым участником деструктивных личных норм на здоровые нормы группы поддерживается группой до тех пор, пока эти новые ценности не становятся частью психической структуры индивида.

Правильное понимание того, как происходит лечение в групповой терапии, включает в себя исследование двух связанных, но, несомненно, разных аспектов целительных сил, действующих в группе. Во-первых, существуют идентифицированные лечебные факторы, которые способствуют продвижению человека от патологического поведения к психологическому здоровью. В группе также происходит лечебный процесс, который ведет человека через последовательные и отдельные стадии улучшающегося здоровья, лечения и выздоровления. Ялом (1985 г.) провел исчерпывающее исследование по определению лечебных факторов в группе, а Рутан и Стоун (1984 г.) выполнили тщательный анализ существующих в группе лечебных процессов. Каждая из этих позиций будет описана в связи с Кохутовской формулой достижения здорового, цельного и спаянного (когезивного) Я.

Лечебные факторы по Ялому

Лечение для Ялома — это чрезвычайно сложный процесс, который «происходит посредством замысловатого взаимодействия различно направленных человеческих переживаний», которые он называет лечебными факторами. Этот комплексный процесс излечения сложным образом связан с тем, что Ялом определяет как лечебное изменение. Нельзя добиться излечения, пока член группы не изменится. Для достижения терапевтического изменения ведущий группы должен разработать стратегии и тактики, которые усилят лечебный процесс.

Ялом всесторонне оценивал эффективность групповой терапии (1995 г.). Он собрал ценную информацию, опрашивая членов и ведущих групп с целью выяснить качества, которые они нахо-

дили полезными в групповой терапии. Хотя Ялом признает, что процесс групповой терапии сложен и что разные участники по-разному откликнулись на многие влияния группы, он считает, что, даже рискуя чрезмерно упростить эти сложные процессы, можно многого достичь, если попытаться определить и классифицировать эти разнообразные лечебные факторы. В течение нескольких лет проводились многочисленные исследования (Ялом, 1985 г.) с попытками определить порядок важности этих целительных сил. В большинстве исследований членов группы просили расположить утверждения, описывающие двенадцать возможных полезных качеств их опыта в группе, от наиболее полезного качества к наименее полезному. Двенадцать лечебных факторов резюмированы в таблице 15.1.

Чтобы понять воздействия, оказываемые этими факторами на выздоровление алкоголика и наркомана, каждый из факторов будет изучен с учетом особых обстоятельств лечения аддиктивного пациента в терапевтической группе.

Таблица 15.1. Лечебные факторы, действующие в психотерапевтической группе

1. *Альтруизм.* Чувство, что член группы помогает другим и является важным в их жизни. Люди на мгновение забывают о себе и сосредотачиваются на помощи другим. Людям нужно чувствовать, что в них нуждаются.
2. *Катарсис (отреагирование).* Выражение негативных или позитивных чувств по отношению к другим участникам и ведущему группы. Одобрение открытости и личностное изменение в результате попытки вести себя по-новому. Чувства больше не запираются внутри. Идет процесс научения тому, как их выражать.
3. *Экзистенциальные факторы.* Люди узнают, что в мире есть ограничения, и что только они сами несут ответственность за собственную жизнь.
4. *Сплоченность группы.* Эмоциональная открытость и принятие. Чувства принадлежности и одобрения вместе с ощущением теплоты и близости. Взаимная поддержка повышает самооценку. Устанавливается чувство «мы». Это — неременное условие эффективного лечения.
5. *Руководство.* Обмен информацией (то есть, «Почему бы тебе это не попробовать?» — советы). Ранняя стадия группы.

6. *Идентификация.* Люди учатся косвенно, слушая и наблюдая остальных членов группы.
7. *Вселение надежды.* Видеть, как другим становится лучше, знать, что группа уже помогла остальным — это вселяет в участников веру в метод лечения. Возникает ожидание того, что оно будет результативным.
8. *Межличностный вклад.* Возможность видеть, как ты относишься к другим людям, и как другие относятся к тебе, и затем продолжать работать, чтобы достигнуть более удовлетворяющих межличностных взаимоотношений.
9. *Межличностная отдача.* Пациенты открыто выражают чувства, и группа оказывает им поддержку. Группа позволяет пациентам исследовать какое-то событие со всеобщим подтверждением от других.
10. *Инсайт.* Пациенты обретают более объективный взгляд на межличностное поведение. Они приобретают некоторое понимание того, что они делают другим и с другими. Понимание «почему».
11. *Краткое повторение первичной семьи.* Группа сходна с семьей во многих аспектах. Нерешенные семейные проблемы возвращаются и корректируются.
12. *Универсальность.* Чувство, что человек не так уж отличается от других. «Мы все в одной лодке». Найдя общий знаменатель, члены группы становятся поддержкой друг для друга.

Лечебные факторы в группе

Сплоченность

Вероятнее всего, групповая сплоченность будет более важным фактором при работе с алкоголиками, чем с неалкоголиками, потому что конфликты зависимости обычно связаны с алкоголизмом. Браун и Ялом (1977 г.) предполагают, что сплоченность сама по себе не является лечебным фактором, но все же она -непременное условие эффективной терапии. Браун и Ялом показывают, что в начале жизни группы проблема алкоголизма служит объединяющей темой, и участники зачастую связываются этими общими узлами до тех пор, пока не разовьются новые источники сплочения. Очень важно, чтобы психотерапевт воспользовался преимуществом этой связи. По утверждению Ялома, позже становится возможным выделить каждого пациента, исследуя с группой раз-

личные защитные функции, которые алкоголизм имел в его или ее жизни. Поддержка и поощрение группы могут служить мощным стимулом первичной цели — трезвости. После установления атмосферы поддержки и заботы группа может содействовать межличностным и внутриличностным изменениям.

Универсальность

Имея в виду свидетельства существования посталкогольной личности, можно отметить, что универсальность также будет иметь больший лечебный эффект у алкоголиков, чем у неалкоголиков. Браун и Ялом (1977 г.) обнаружили, что в основном алкоголикам было трудно провести различие между мыслью и поступком. Многие из них реагировали на фантазии с такими же чувствами вины и страха, которые бы сопровождали их реальное осуществление. Хотя это исключает работу с фантазией как терапевтическую опцию в группе, но свидетельствует о важности, которую может играть универсальность в успокоении алкоголиков на тот счет, что они уникальны в своей отвратительности. Это чувство уникальности повышается у алкоголиков ввиду их социальной изоляции и чувства вины, связанного с их пьянством. Феномен, описываемый Яломом как процесс «добро пожаловать назад» в человеческий род, происходит в результате того, что люди делятся схожими тревогами и переживаниями, Это — важный лечебный фактор на ранних стадиях выздоровления алкоголика. Часто случается так, что алкоголики впервые в жизни осознают, что они не одиноки в своем личном и уникальном аду. Осознание того, что есть другие люди, разделяющие их состояние, может послужить сильным стимулом к выздоровлению, прощению и принятию себя.

Вселение надежды

Члены группы часто отмечают в конце терапии, как важно для них было наблюдать улучшение состояния других (Ялом, 1985 г.). Психотерапевт группы ни в коем случае не должен упускать из виду этот фактор, периодически привлекая внимание к улучшению, демонстрируемому участниками. Фактически, одна из самых сильных сторон Анонимных Алкоголиков — то, что каждый выздоравливающий — это живой пример, вдохновляющий других. Не случайно на встречах Анонимных Алкоголиков членов группы побуждают рассказывать о своем падении и спасении.

Таким же важным является тот факт, что в начале терапии алкоголики обычно находятся в состоянии кризиса. В прошлом они пытались контролировать свой алкоголизм множество раз, и потерпели неудачу. К тому же такие типичные характеристики пациентов-алкоголиков, как зависимость и пассивность, требуют того, чтобы психотерапевт был директивным и нес им послание о том, что им могут помочь. По сути, зачастую очень выгодно открыто заявить, что если пациент решит следовать рекомендациям и Анонимных Алкоголиков, и психотерапевта, есть много шансов, что он будет сохранять трезвость и воздерживаться от выпивки еще в течение двух лет после окончания лечения. Это особенно важно, учитывая тот факт, что 90% рецидивов случаются в течение первого года трезвости (Chalmers & Wallace, 1978 г.)

Обмен информацией

В большинстве терапевтических групп обмен информацией не высоко ценится как метод лечения (Ялом, 1985 г.). Однако, при лечении алкоголизма ситуация в точности противоположна. Если и не очень ценно, то, по крайней мере, очень важно, чтобы выздоравливающим алкоголикам предоставлялось большое количество информации об алкоголизме. Концепция болезни, толерантность, психологические трудности и аддиктивный процесс — все это простые, но критически важные вопросы, о которых должны знать все алкоголики. Алкоголики, считающие свой алкоголизм физиологическим нарушением, осложненным психологическими, социологическими и культурными факторами, демонстрируют наилучшие шансы на выздоровление.

На ранних стадиях трезвости, поскольку чувство вины непродуктивно как для лечения, так и для принятия концепции заболевания, не стоит поощрять пациентов глубоко копаться (за исключением поверхностного опыта пьянства) в проблемах прежней жизни. Вместо этого, время терапии нужно тратить на обмен информацией о том, что такое алкоголизм и как избегать выпивки. Это удовлетворяет потребность алкоголиков в структуре и руководстве, и в то же время помогает им объяснять свое пьянство в рамках того, что Уоллес и Ялом называют соответственно «экзотическим верованием» и «жизненной ложью». Фер (Fehr, 1976 г.) соглашается с тем, что на ранних стадиях лечения, когда психотерапевт работает индивидуально с каждым пациентом, взаимо-

действие между членами группы должно быть ограничено. Эта начальная часть лечения описывается как диагностико-обучающая фаза, на которой пациент выявляет те проблемы, которые способствовали и были связаны с чрезмерным употреблением алкоголя. В ходе этого процесса алкоголики могут научиться становиться доверенным лицом для себя и других членов группы. Таким образом, на ранних стадиях лечения время групповой психотерапии используется более действенно для индивидуальной диагностической работы с каждым пациентом.

Экзистенциальные факторы

Ялом (1975 г.) подчеркивает решающий принцип межличностного изменения: «Этот принцип — что изменениям предшествует состояние диссонанса или неконгруэнтности — получил значительные клинические и социально-психологические исследовательские подтверждения» (стр. 263). Это особенно верно для алкоголиков, которые, злоупотребляя выпивкой, создали глубокую пропасть между своими трезвыми ценностями и алкогольным поведением. В отличие от типичных невротических пациентов, алкоголики испытали «пребывание в своей собственной преисподней, переживание, которое Анонимные Алкоголики описывают как падение на дно. Некоторые алкоголики выкарабкиваются из этого состояния с повышенным уровнем интеграции. Однако, многие — нет» (Brown & Yalom, 1977, стр. 447).

Падение на дно имеет двойное значение для терапии: это одновременно и препятствие, и потенциально бесценный ориентир. Подобный опыт (или, говоря словами Ясперса, «пограничная ситуация») при правильной интеграции может привести к росту (Ясперс, 1975 г.). «Когда пациенты сталкиваются со своими ограничениями, своими символическими смертями, они часто способны совершить серьезнейшие перемены в своих жизненных перспективах. Они могут изменить приоритеты своих потребностей и перестать придавать большое значение мелочам жизни». (Браун и Ялом, 1977 г., стр. 448).

По опыту Ялома, в терапии невротики часто избегают религиозных и экзистенциальных факторов в группе, даже если таковые их сильно заботят. Ялом считает, что группы невротиков часто склонны смягчать, замазывать трагедию жизни, но те члены группы, кто погружается глубоко в себя, кто противостоит своей

судьбе более открыто и решительно, переходят в модус существования, который гораздо богаче, чем тот, что был у них до болезни. Ни для кого это не будет более справедливо, чем для пациентов, страдающих алкоголизмом, которые признают и делятся общей темой, на которую их направляет философия Анонимных Алкоголиков (Анонимные Алкоголики, 1955 г.). Развитие аутентичности характера после того, как человека толкнули на край психической бездны — тема, которую освещали самые популярные экзистенциальные писатели (Buber, 1960, Camus, 1960, Heidegger, 1963, Sartre, 1956). Ялом согласен с Камю, когда тот выражает идею, что ни одно человеческое существо не воспринимает свою жизнь с полной серьезностью до тех пор, пока оно полностью не примирилось со своей властью положить ей конец.

Такие темы, как самоубийство, падение на дно и трагедия жизни, гораздо более осмысленны в группах алкоголиков, чем это обычно бывает в группах неалкоголиков. Психотерапевта, помогающего пациенту здоровым образом интегрировать свой опыт, не должен отпугивать ужас пациента. Он должен мягко и постоянно возвращать алкоголика к его переживанию. «Любой ужас, к которому достаточно часто возвращаешься, обезвреживается». (Браун и Ялом, 1977 г., стр. 477).

Альтруизм

Хотя поведение алкоголика в состоянии опьянения и может натолкнуть на обратную мысль, в действительности алкоголики не любят межличностных конфликтов и не умеют хорошо их улаживать. В группе они будут эмоционально поддерживать друг друга, и если ощутят, что кто-то испытывает слишком сильный дискомфорт, они поспешат к нему на помощь, часто мешая важному и необходимому терапевтическому катарсису. Психотерапевт скоро обнаружит, что алкоголики лучше проявляют себя в отношениях, характеризующихся скорее дополнительным, чем конкурентным взаимодействием. Браун и Ялом описывают алкоголиков в своем исследовании как необычайно совестливых, отнюдь не бесшабашных людей. «Они были чрезвычайно склонны брать на себя ответственность и вину за подавленную атмосферу в группе или за страдания, испытываемые другими» (стр. 450). Эти пациенты были чрезмерно осторожны и вообще испытывали глубокое чувство ответственности за других людей. Главным образом

они избегали любого поведения, которое могло бы причинить боль другому. Это глубокое чувство заботы и поддержки, очевидное в группах алкоголиков, может стать ценным лечебным средством. Ялом объяснял, что такая повышенная бдительность становится причиной постоянного поиска признаков беспокойства; члены группы часто игнорируют свои собственные потребности в попытке быть полезными другим. Ялому было очевидно, что это — часть более глубокой и общей характерологической структуры, одинаковой для всех участников его исследования.

Идентификация, межличностный вклад и отдача

Благодаря взаимодействию с психотерапевтом и группой алкоголик научится — часто впервые — устанавливать осмысленные и трезвые отношения с другими людьми. Как правило, все его общение в прошлом находилось под влиянием употребления алкоголя или было его результатом. Некоторым людям, которым не хватает близких взаимоотношений, группа может предоставить первую возможность получить точную межличностную обратную связь. Основное чувство алкоголика — чувство отдельности и изоляции — должно уступить место чувству, что он является частью и находится в относительной гармонии с тем, что происходит вокруг него или нее. Во многих случаях группа достаточно хорошо удовлетворяет эту потребность.

Катарсис (Отреагирование)

Как показывает Ялом, интенсивность эмоционального выражения чрезвычайно относительна. Отсюда следует, что выражение эмоции должно оцениваться и пониматься с учетом особенностей индивида. Для алкоголика или наркомана кажущееся смягченным выражение эмоции может быть событием значительной силы. Вопреки мнению многих людей, алкоголики и наркоманы не умеют хорошо контролировать выражение эмоций. Обычно они неспособны регулировать экспрессию собственных чувств. Эта проблема частично объясняется тем, что, как правило, у алкоголиков и наркоманов нет подходящих моделей демонстрации аффекта. Свойственные им способы выражения чувств бедны и неадекватны. Как правило, алкоголики и наркоманы хорошо умеют подавлять неудобные чувства и часто удерживают свое настоящее аффективное состояние далеко от собственного сознания. Часто их

бессознательный страх заключается в том, что как только они начнут выражать эмоции, они будут переполнены и подавлены ими или взорвутся. Однако, если алкоголики или наркоманы не войдут в контакт со своими чувствами и не научатся справляться с импульсами, скорее всего, полноценного лечения не будет. Следовательно, терапевты должны все время наблюдать за состоянием группы и, как предупреждает Уоллес, проводить участников между Сциллой слишком слабого и Харибдой слишком сильного выражения эмоций. Поэтому основная задача группового терапевта включает в себя выбор безопасного курса между этими двумя одинаково опасными альтернативами. Важно уменьшать отрицание и поощрять возросшее самоосознание и эмоциональное возбуждение, связанное с самораскрытием, одновременно удерживая тревогу на минимальном уровне. (Wallace, 1978b). Это означает, что психотерапевт группы должен довольствоваться постепенно углубляющимся самораскрытием, не требуя драматических прорывов.

В отличие от невротиков, чьи защиты часто неадекватны, алкоголики и наркоманы прекрасно умеют не впускать беспокоящие чувства в свое сознание. Однако, если терапевт настаивает на том, чтобы алкоголик или наркоман почувствовал и выразил свои эмоции слишком скоро, обычным последствием является переполнение затопляющим потоком эмоций. Этого следует избегать на ранних стадиях выздоровления. По опыту автора, многие ранние и преждевременные катарсисы в группе давали пагубные долгосрочные результаты. Хотя психотерапевту часто приносит удовлетворение снятие защит алкоголиков и наркоманов, чтобы они соприкоснулись с давно подавляемыми чувствами, обычным результатом этого является отказ человека от лечения. Поэтому многие теоретики психодинамики определяют работу терапевта с этими людьми как направленную на увеличение силы эго.

Как пишут Эрв и Мириам Полстер (1973 г.), у человека есть причины для присутствия защиты, и эту защиту не нужно убирать слишком быстро. Уоллес соглашается с этим, уточняя: «отрицание присутствует ради какой-то цели, это — клей, удерживающий уже разрушенную систему самооценки. И это — тактика, благодаря которой можно контейнировать в ином случае переполняющее чувство тревоги» (Уоллес, 1977 г., стр. 15). С другой стороны, как пишет Ялом, мало шансов на то, что в человеке будут происходить устойчивые изменения, если не будет состояния эмоционально-

го возбуждения, сопровождающего понимание себя. Понимание себя само по себе только питает защитную систему алкоголика и наркомана и усложняет лечение. Последствие инсайта без катарсиса — это алкоголик или наркоман, который может рассказать вам все причины, почему он или она пьет и принимает наркотики, продолжая их употреблять. Несомненно, в этой области своего выздоровления алкоголики и наркоманы нуждаются в некоторой помощи.

Повторение семьи

Как показывает Ялом и подтверждает исследование, посвященное важности разных культурных факторов, повторение опыта первичной семьи часто не рассматривается участниками группы как полезное. Однако, как указывает Ялом, только те члены группы, чей опыт жизни в семье был удачным, считали этот фактор важным. Поэтому Ялом предполагает, что проблема повторения семьи является существенной, даже если члены группы так не считают. Я думаю, это верно и в группе аддиктивных пациентов. Один из лучших предвестников алкоголизма — это то, из какой семьи происходит человек. Неполная семья — причина 40% случаев алкоголизма, и 40 % (выборки частично перекрываются) сообщали о проблемах с алкоголем, по крайней мере, у одного из родителей (Ray, 1972). Таким образом, групповая терапия позволяет участникам понять собственные установки и защиты, касающиеся пьянства, наблюдая точно такие же установки и защиты у других людей, столкнувшихся с похожими проблемами.

Однако, как предполагает Ялом, несмотря на то, что призрак ранних семейных переживаний часто преследует членов группы, как правило, непродуктивно напрямую фокусироваться на этой теме. Скорее, изменение во взгляде на прошлое и понимание влияния раннего семейного опыта будет результатом жизненности работы, которую алкоголик или наркоман совершает в настоящее время. Менее вероятно, что изменение произойдет вследствие прямого расспроса об опыте семейной жизни в прошлом. Также разговор о родителях в прошлом может стать защитой от рассмотрения чувств и вопросов, которые есть у членов группы друг к другу, и их теперешних усилий продолжать воздерживаться от употребления алкоголя и наркотиков. Наркоманы и алкоголики обычно умело «играют в психотерапевтическую игру» и рано обнаружи-

вают, что это та тема, на которую профессионалы обычно любят «набрасываться, потому что это такая острая проблема». Следовательно, открытое сосредоточение на родительском влиянии и опыте часто приводит к дискуссии, которая только дает пищу защитной системе алкоголика или наркомана и препятствует эффективной работе группы в настоящем.

Понимание себя

Ялом критикует наивное популярное представление о психотерапии как о «детективном поиске... выкапывании или срывании» защит до тех пор, пока человек не обнаружит и не опознает подлинные негативные аспекты своей натуры. Однако, члены групп в первоначальном исследовании Ялома говорили о понимании себя как об «открытии и принятии ранее неизвестных или неприемлемых частей себя» (Ялом, 1975 г., стр. 92). Поэтому имеющееся здесь в виду понимание относится и к открытию участниками собственных ранее неизвестных и неопознанных положительных аспектов. Групповая терапия алкоголиков и наркоманов должна основываться на этом принципе. Поскольку обычно аддиктивные индивиды испытывают сильнейшие чувства стыда, смущения и ненависти к себе, для них будет чрезвычайно целительным узнать, что другие могут видеть их в положительном свете. Как пишет Курц (Kurtz, 1982), алкоголики страдают от глубокого стыда. По сути, Курц считает Анонимных Алкоголиков программой для его лечения. В то время как большинство форм западной психотерапии направлены на исцеление от чувства вины, Анонимные Алкоголики нацеливают лечение на более глубокую, первичную эмоциональную задержку. По Курцу, вина подразумевает: «Я чувствую себя плохо из-за чего-то, что я совершил». Стыд, более глубокое чувство, с которым борются все алкоголики и наркоманы, подразумевает: «Я чувствую себя плохо из-за того, какой я есть». Групповая терапия должна улучшать понимание себя и увеличивать самопринятие, признание себя человеком достойным, несмотря на сильное чувство ненависти к себе. По Курцу, исцеление чувства стыда требует большего, чем просто разговоров о стыде. Оно требует, чтобы алкоголики и наркоманы распознавали в других людях их чувство ненависти к себе и, в конечном итоге, принимали других людей, чувствующих то же самое, что и они. Этот принцип — прежде, чем человека можно будет излечить, он должен понять, что может излечить друго-

го — Сирлз (Searles, 1973) называет «лечебным симбиозом». Хотя Сирлз в своем описании имеет в виду психотерапевта, этот принцип также применим и к членам группы. Он дает человеку возможность узнать, что он способен быть лекарем и помочь другому, что говорит в пользу групповой психотерапии. Фактически, это и есть принцип, применяемый Анонимными Алкоголиками на двенадцатом шаге их программы выздоровления. Алкоголики и наркоманы поддерживают собственную трезвость, помогая стать трезвым другому алкоголику или наркоману.

Лечебные факторы Анонимных Алкоголиков

Важно помнить, что лечебные факторы Ялома работают не только в групповой терапии, но также и в программе Анонимных Алкоголиков. Несмотря на то, что обстоятельства и терапевтические механизмы изменения могут отличаться, процесс исцеления очень сходен, хотя каждая группа придает большее значение и считает более ценными разные лечебные факторы. Эмрик, Лассен и Эдвардс (Emrick, Lassen, Edwards, 1977) изучали эту возможность и искали в литературе Анонимных Алкоголиков прямые или не прямые ссылки на двенадцать лечебных факторов Ялома. Их исследование показало, что десять из двенадцати факторов действовали в группах АА. В таблице 15.2 приведены полученные ими результаты, расположенные в порядке убывания важности лечебных факторов.

По заключению Эмрика, Лассена и Эдвардса (1977), «если факторы, упоминаемые чаще, играют более существенную роль у Анонимных Алкоголиков, тогда композиция механизмов изменения, действующих там, отражается в порядке важности факторов» (стр. 130). Сравнивая их расстановку с расстановкой Ялома (1985 г.), Эмрик и коллеги предположили, что группы Анонимных Алкоголиков по-иному оценивают роль и важность лечебных факторов. Очевидно, что АА придают большее значение руководству, идентификации и вселению надежды, в то время как профессиональная групповая терапия больше полагается на межличностное обучение, катарсис, инсайт и экзистенциальное осознание. Для того, чтобы определить степень сходства между этими двумя подходами, Эмрик, Лассен и Эдвардс (1977 г.) посчитали ценным сопоставить их путем случайного опроса алкоголиков из психотерапевтических групп и групп АА. Затем они решили применить инструмент Ялома для измерения восприятия лечебных факто-

ров членами группы. Далее они исследовали совпадения и различия лечебных эффектов, основанные на индивидуальных характеристиках, носителям которых в разной степени подходят АА или профессиональная помощь. Они утверждают:

«...подходящие для Анонимных Алкоголиков клиенты — это те люди, которые отзывчивы к товарищам, стремятся к духовно-ориентированному подходу, не чувствуют неудобства, рассказывая о своем алкоголизме перед большими аудиториями, и наслаждаются общением с завязавшими алкоголиками. Люди, особенно подходящие для профессиональной помощи — это те алкоголики, которые... прислушиваются к специалистам, сильно погружены в интроспекцию, смотрят на алкоголизм как на психологическую проблему, хотят обсуждать это максимум с несколькими людьми...» (стр. 138).

Таблица 15.2. Частота называния (N=26) лечебных факторов, эффективно действующих в группах Анонимных Алкоголиков

Лечебный фактор	Число называний
Альтруизм	21
Групповая сплоченность	20
Идентификация	14
Вселение надежды	12
Руководство	12
Универсальность	10
Катарсис	8
Инсайт	6
Межличностное обучение, отдача	2
Повторение семьи	1
Межличностное обучение, вклад	0
Экзистенциальное осознание	0

Источник: Эмрик, Лассен и Эдвардс (1977 г.)

Лечебные факторы, действующие в различных типах психотерапевтических групп

Канас и Барр (Kanas, Barr, 1982) искали ответ на вопрос, чем может отличаться амбулаторная психотерапевтическая группа для алкоголиков от стационарной. Они также сравнивали расстановку по важности тех же лечебных факторов у стационарных и амбулатор-

ных пациентов-неалкоголиков. В таблице 15.3 приводится результат их исследования.

Таблицы 15.2 и 15.3 показывают важность сплоченности в психотерапевтической группе. Хотя ни одно из индивидуальных исследований конкретно не выделило сплоченности в качестве самого главного фактора, сложный порядок индивидуальных лечебных факторов раскрывает универсальную важность сплоченности в группах. Как утверждает Ялом, «групповая сплоченность — это неперемное условие эффективной длительной терапии, и хороший психотерапевт должен направлять свои усилия на максимальное развитие этого лечебного ресурса» (1985, стр. 111). Описывая существующие в группе лечебные факторы, Ялом проводит различие между теми, которые являются механизмами изменения, и теми, которые выступают условиями для него. Невозможно переоценить важность достижения сплоченности в группе. Повторные исследования и собственное клиническое заключение Ялома указывают, что в группе необходимо установить атмосферу безопасности и доверия, прежде чем придут в действие другие лечебные факторы. Хотя сплоченность сама по себе может быть не более важной, чем любой другой фактор, она является неперемным условием, позволяющим привести в движение механизмы изменения и излечения.

Механизмы изменения и лечения в групповой терапии

Модель интеракционной групповой терапии Ялома предоставляет ведущим уникальную возможность оценить способность членов группы вступать в здоровые или деструктивные межличностные отношения. В свете того, как описал излечение Кохут (приведено ранее в этой главе), жизненно важно модифицировать межличностные и внутриличностные искажения участников, чтобы они могли достичь психологического здоровья. Это важно по двум причинам. Первая, особо выделяемая Карлом Роджерсом, Хайнцем Кохутом и другими теоретиками объектных отношений, заключается в том, что обладать потенциалом для построения здоровых, аутентичных человеческих отношений — это уже само по себе мощный, действенный целительный процесс. Вторая причина заключается в том, что, как правило, люди относятся к другим и обращаются с ними так же, как они относятся и обращаются с самими собой. Например, критичные, суровые люди обычно критичны и суровы с

Исследование	Ялом (Yalom, 1975)	Максмен (Maxmen, 1973)	Фини и Дрангер (Feeneu, Dranger, 1976)	Канаси Барр (Kanas, Barr, 1981)	Таблица 15.3. Лечебные факторы групповой терапии у разных исследованных групп
Область исследования	20 стационарных психиатрических пациентов	100 амбулаторных психиатрических пациентов	20 амбулаторных пациентов-алкоголиков	8 стационарных пациентов-алкоголиков	
Количество часовых занятий	Около 64	9	Около 35	36,8	
Средняя продолжительность	16 месяцев	18 дней	49 дней	25,9 недель	
Метод определения	Q-sort	Анкетирование	Анкетирование	Q-sort	
Порядок расстановки					Смешанный ранг
Межличностный вклад	1	5	3	7	3,7 (2)
Катарсис	2	8	1	6	5,7 (6)
Групповая сплоченность	3	2	4	3	3,0 (1)
Инсайт	4	9	2	8	5,7 (6)
Межличностная отдача	5	7	7	4	5,0 (5)
Экзистенциальные факторы	6	6	6	9	4,2 (4)
Универсальность	7	4	8	5	4,0 (3)
Вселение надежды	8	1	5	1	5,7 (6)
Альтруизм	9	3	9	2	6,7 (7)
Повторение семьи	10	11	10	11	10,4 (10)
Руководство	11	10	11	10	11,0 (11)
Идентификация	12	12	12	12	12,0 (12)

собой. Прощающие, заботливые и честные люди, скорее всего, таким же образом относятся и к себе самим. В большинстве случаев внешние обмены с другими — это четкое отображение внутренней реальности человека. Существует множество окон в мир бессознательного. Перенос, свободные ассоциации, оговорки, язык тела, стили характера, сны, навязчивости и сопротивления — дополнительные методы проникновения во внутренний мир человека. Другой прекрасный способ понять бессознательный процесс человека — это наблюдение за его объектными отношениями и межличностными обменами с другими членами группы.

Ведущие групп, работающие в традициях Салливана, Роджерса или объектных отношений, выделяют преимущества взаимоотношений здесь и сейчас и коррективного эмоционального опыта как главной лечебной силы перед классическим инсайтом. Как пишут Рутан и Стоун, «присутствие в групповой терапии переплетения человеческих взаимоотношений, а не просто общения один на один с психотерапевтом, увеличивает возможности для разнообразных переживаний, которые могут привести к изменениям» (1984 г., стр. 53).

Рутан и Стоун также утверждают, что для достижения структурных изменений, необходимых для восстановления фрагментированного или поврежденного эго, в группе прежде всего должна царить атмосфера безопасности, доверия и сплоченности. По их мнению, группе нужен ненавязчивый ведущий, если ее члены собираются достаточно долго ослаблять свои защиты, чтобы позволить проявиться своим паратаксическим искажениям и фрагментированным Я. Тогда, в конце концов, их можно исследовать и изменить.

Рутан и Стоун выделяют три механизма изменения, необходимых для лечения людей в группе. Эти механизмы таковы:

1. имитация
2. идентификация (отождествление)
3. интернализация

Имитация

Когда члены группы видят, как кто-то получает пользу от того, что открыто делится с другими и выражает эмоции, они обретают решимость поступать подобным же образом, чтобы облегчить свои симптомы, удовлетворить потребность принадлежать и быть принятым другими участниками. Рутан и Стоун пишут:

«В терапевтической группе у людей есть возможность наблюдать многие взаимодействия, стили общения и способы решения проблем. Большая часть раннего обучения в группе является подражанием. Пациенты, которым трудно переносить сильные эмоции и делиться ими, вначале могут наблюдать за тем, как интенсивно взаимодействуют другие члены группы. По мере того, как они узнают, что другие участники не пострадали, а наоборот, сблизились благодаря этим обменам, такие пациенты видят в этом какую-то надежду на изменение и, вследствие этого, могут начать делиться чувствами, подражая тем, кто справляется с этим более успешно. Хотя в первую очередь имитация используется на ранних стадиях членства в группе, она остается одним из способов, благодаря которому участники приобретают новые варианты поведения на протяжении всего срока лечения. Успехи, достигнутые в результате имитирующего поведения, делают группу более привлекательной, усиливая желание принадлежать к ней, и увеличивают сплоченность. Это способствует идентификации членов группы друг с другом. Использование подражания — это результат ощущения, что другие достигли в этом успеха, а также средство обнаружения альтернативных способов мышления, выражения, поведения. Подражание ни в коем случае не ограничивается групповой терапией, но групповая терапия, в силу разнообразия взаимодействий и взаимоотношений, увеличивает возможности изменяться путем подражательного обучения» (1984, стр. 54).

Идентификация

Идентификация долгое время была излюбленным теоретическим механизмом для объяснения того, как дети развивают в себе определенные качества и генерализованные паттерны поведения, схожие с таковыми их родителей. В классическом варианте идентификация — это бессознательный процесс, в результате которого человек копирует или следует примеру другого, которым восхищается, которого уважает или на кого стремится походить. То, что члены терапевтической группы и сама группа становятся сплоченными и привлекательными, содействует их идентификации друг с другом. Рутан и Стоун так описывают важность этого процесса для стимуляции целительных сил в группе:

«Идентификации возникают не только из содержания воспоминаний, ассоциаций и чувств, но также и в процессе рассказа о них. Сознательно эти отождествления могут быть выражены как чувства притяжения, принадлежности и привязанности к другим участникам и к самой группе. Это — строительные блоки, из которых строится сплоченность группы. Подобным же образом, универсализация, развитие ощущения, что человек не одинок в своих чувствах, также увеличивает привлекательность группы и идентификацию между ее участниками. Начинается циклический процесс, усиливающий эти мощные влияния, которые члены группы оказывают друг на друга. В свою очередь, результирующие идентификации изменяют основные способы их восприятия и реагирования. Поднимающееся строение, сложенное из отождествлений, закладывает основу для устойчивых изменений». (1984 г., стр. 56).

Интернализация

Третья и последняя стадия изменения и излечения завершается тем, что члены группы интернализуют ценности, нормы и поведение других участников. Это сигнализирует о действительно независимом движении к психологическому здоровью и излечению. Для того, чтобы произвести в себе изменения, членам группы больше нет надобности полагаться на более примитивные внешние источники идентификации или имитации. Благодаря разрешению конфликтов и постоянному исследованию эмоциональных взаимодействий в группе, медленно и методично закладывалась психическая структура. Рутан и Стоун писали о важности этой перемены:

«Интернализация дает большую гибкость в обращении как с внутренними состояниями, так и с взаимодействиями. Она является результатом проработки конфликтов или построения новой психической структуры, призванной справляться с тревогой, которая ранее была разрушительной. Психотерапевт может способствовать здоровой интернализации, детально и повторно исследуя эмоционально нагруженные взаимодействия. Через идентификацию, прояснение и интерпретацию люди интегрируют знания, приобретенные в трансакциях здесь-и-сейчас, с их источниками и прежними предположениями. Результатами этого являются как воз-

росшая интеграция аффектов и объектных отношений, так и уменьшение внутренних конфликтов. Последствия этого наблюдаются на встречах группы, где пациент может продемонстрировать новые способы реакции на повторяющийся стимул». (1984 г., стр. 57).

Описываемые Рутаном и Стоуном механизмы изменений, происходящих в терапевтической группе, также действуют и у Анонимных Алкоголиков. Проходя через начальные этапы выздоровления, алкоголики начинают с первой стадии, подражая поведению других алкоголиков и заявляя: «Я не могу пить». При посещении многочисленных встреч АА начинающие выздоравливать алкоголики осознают: чтобы оставаться трезвыми, они должны подражать поведению других участников АА. Это — начальная стадия, настоятельно требующая внешнего контроля (госпитализации, детоксикации, антабуса и т.п.). На этой стадии алкоголик нуждается в защите от собственного импульса — выпить. Вторая фаза — это то, что Уоллес (1987 г.) называет стадией «Я не буду пить». Теперь алкоголики отождествляют себя с другими членами АА. На этом этапе их стремление сохранять трезвость обуславливается не внешними воздействиями и давлением, а в большей степени их собственным желанием оставаться трезвыми и активными членами группы. Третья и заключительная стадия — это стадия интернализации, которую Уоллес называет «Мне не нужно пить». Решение конфликта найдено. Алкоголики с успехом проработали двенадцать шагов программы и достигли высокого уровня спокойствия в своем выздоровлении. Хотя ни у одного алкоголика никогда нельзя полностью исключить опасность срыва, на этом этапе выздоровление гораздо более стабильно, чем на любом другом. (См. таблицу 15.4).

Таблица 15.4. Стадии лечения

СТАДИИ	СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА	ЛЕЧЕНИЕ
1 стадия	«Я не могу пить» (необходимость во внешнем контроле) Имитация	Детоксикация Антабус Анонимные Алкоголики (первые 4 шага) Директивная психотерапия Госпитализация Просвещение

ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ЗАВИСИМОСТЕЙ.

2 стадия	«Я не буду пить» Идентификация	Поддерживающая психотерапия Анонимные Алкоголики (все 12 шагов)
3 стадия	«Мне не нужно пить» Интернализация	Анонимные Алкоголики — спонсорство и 12-й шаг Инсайт-ориентированная психотерапия

адаптировано из Zimberg (1978 г.)

Лечебный процесс

Рутан и Стоун убеждены, что механизмы изменения, задействованные при имитации, идентификации и интернализации, усиливаются лечебными процессами, которые требуют конфронтации, прояснения, интерпретации и проработки. Каждый из этих факторов характерен для разных стадий лечебного процесса.

Конфронтация

При лечении аддиктивных пациентов конфронтация необходима в начале процесса. В центре внимания должны быть не бессознательные допущения алкоголика или наркомана; скорее, ведущий группы должен постоянно указывать им на внешние аспекты их поведения. Цель лечения на начальных стадиях выздоровления — сделать для алкоголиков или наркоманов то, чего они не могут сделать для себя сами. Поскольку их отрицание так сильно, а патологические защиты так ригидны, они нуждаются в сильных, полных заботы отношениях с ведущим группы, который служит контейнером для их гнева и тревоги, в то же время указывая (в необвиняющей манере) алкоголикам или наркоманам на деструктивные паттерны их поведения.

Для того, чтобы научиться успешно конфронттировать, требуются: 1) выбор времени; 2) способность создать альянс и 3) эмпатия. Если эти навыки развиты недостаточно, члены группы будут реагировать оборонительно, эмоционально отстраняться, атаковать группу и ее членов из-за своих собственных страхов, или бросят лечение.

Однако, конфронтация может принимать различные формы. Рутан и Стоун указывают на многие из них. Конфронтации в группе могут быть заразными и по-разному влиять на каждого из участников.

«Большинство конфронтаций происходит между членами группы или между терапевтами и членами группы. Однако, одна из форм конфронтации отличается от остальных. Глядя в целый ряд зеркал, пациенты могут наблюдать за тем, как другие демонстрируют непродуктивное и патологическое поведение, и заинтересоваться тем, в какой степени они сами ведут себя таким же или подобным образом. Это — форма самоконфронтации. В терапевтической группе никакая конфронтация не может быть изолирована. Каждый член группы слышит ее и подвергается ее влиянию, даже если первоначально конфронтация была направлена на другого участника. Поэтому вмешательство должно принимать во внимание нечто большее, чем открытость конкретного человека к тому, чтобы его услышать. Интервенция должна подразумевать и то, что у других членов группы возникнут свои отклики».

(1984 г., стр. 61).

Прояснение

Прояснения в группе следуют за взаимодействием и конфронтацией. Их цель — четкая фокусировка на взаимодействиях и обменах людей. Прояснения помогают членам группы увидеть повторяющиеся паттерны своего поведения. По мере того, как группа прогрессирует в своем развитии, разные модели поведения каждого из участников начнут всплывать на поверхность. Это — срединная фаза процесса групповой терапии, в которой поведенческая констелляция каждого члена группы предоставляется его или ее вниманию, а также вниманию всех остальных. Холодному, дистантному участнику могут сказать: «Это — постоянная жалоба твоей жены и причина, по которой у тебя нет друзей. Тебе было бы полезно проанализировать в группе, что заставляет тебя оказывать такое влияние на людей».

Интерпретации

Интерпретации отличаются от прояснений тем, что они направлены на подсознание и являются попытками донести до сознания участников вытесненный ими бессознательный материал, помогая им понять собственные скрытые мотивы и конфликты. Являясь более поздней стадией процесса групповой терапии, удачные интерпретации должны содержать эмоциональный и когнитивный

компоненты. Однако, решающим фактором является выбор подходящего момента для интерпретации. Если толкование слишком интеллектуально или дается в тот момент, когда человек переживает бурю эмоций, оно не сможет оказать влияния на понимание и поведение члена группы.

Проработка

Конфронтация, прояснение и интерпретация помогают членам группы осознать паттерны своего поведения и бессознательные конфликты, но сами по себе они не способны вызвать глубокое и длительное изменение. При проработке акцент делается на увеличении способности участника исследовать себя и осознавать свои зоны конфликта и уязвимости. По мере того, как у них развивается способность толковать свое собственное поведение, они также смогут развить более разнообразную и гибкую систему защит, которая, позволяя им идти на подлинную близость с другими людьми, будет более адекватна для защиты от чрезмерной тревоги.

В действующей психотерапевтической группе проработка занимает большую часть времени. Когда каждый член группы приходит к осознанию и идентификации беспокоящего и обрекающего на провал поведения, прорабатываются и разрешаются связанные с этим поведением мысли и чувства. Однако, объединение этих мыслей, чувств и поведения будет постоянно проявляться повторно, в несколько замаскированной форме, на всем протяжении лечения человека в группе. Пример может помочь в разъяснении этого момента.

Марта, фотограф тридцати двух лет, обратилась к психотерапевту из-за тяжелой депрессии и суицидальных мыслей. За две недели индивидуальной терапии была обнаружена тесная связь между ее депрессией и чрезмерным потреблением алкоголя. Она быстро согласилась бросить пить и обратиться к Анонимным Алкоголикам. Фактически, Марта всегда с готовностью соглашалась со всеми многочисленными требованиями психотерапевта. Она развила сильный идеализирующий перенос, видя в своем терапевте «истинное совершенство». Поскольку приведшие ее на терапию симптомы быстро отступили, ее психотерапевт не хотел слишком поспешно оспаривать ее отношение к нему как к совершенству, из-за

страха, что тем самым он спровоцирует срыв или возврат депрессии. По мере прохождения терапии, становилось все более очевидным, что время от времени Марта была слишком близка к уходу в мир своих фантазий, где все было совершенно. Она рассказала, как еще в школе ее отправили к психиатру из-за ее погруженности в себя, напоминающей аутизм. Ее ранняя жизнь в семье была омрачена отстраненностью отца и враждебной навязчивостью матери, требовавшей от Марты совершенства в поведении, внешности и учебе. В возрасте тринадцати лет, прочитав дневник своей сестры и кое-какие документы, спрятанные в чулане, Марта узнала, что она — приемный ребенок. Когда она открыто заявила матери о своем беспокойстве, та вспыхнула и отрицала все доказательства. Это привело Марту к еще более решительному бегству в свой безупречный мир фантазий, так как ее реальный мир был слишком хаотичным, угрожающим и изменчивым.

После шести месяцев индивидуальной терапии Марта продолжала настаивать на том, что она сделала безупречный выбор психотерапевта, и верила, что благодаря его руководству ее лечением все вскоре станет совершенным. Все, что от нее требовалось — это безупречно выполнять все его просьбы, поскольку она искренне считала своего психотерапевта идеальным. После трех месяцев безупречного поведения Марта начала осознавать, что все идет не совсем безупречно. Она все еще временами чувствовала себя разгневанной, грустной и расстроенной. Наконец, она открыто напала на терапевта, гневно сказав ему, что она сделала все, что он хотел, но все равно не чувствует себя совершенно счастливой. Когда он заявил, что не давал ей никаких советов или предложений, Марта признала, что делала свои выводы из их бесед. Затем психотерапевт показал, как она пыталась создать в терапии такие же обстоятельства, как те, что существовали в ее в детстве, когда она жила с родителями. В частности, она верила, что если она будет все делать идеально, конечный результат тоже будет идеальным.

Воодушевленная этим инсайтом, Марта стала вновь прогрессировать в лечении и планировать его завершение. Однако, по мере приближения даты окончания, к ней вновь возвращалось отчаяние. В конце концов Марта поняла, что ее

отчаяние порождало осознание того, что, заканчивая терапию, она должна взглянуть в лицо тому факту, что она все еще не совершенна. Она находила поддержку в фантазии, что каким-то образом к концу терапии она станет идеальной. Еще больше ободренная этим инсайтом, Марта решила продолжать терапию, чтобы убедиться, что она вновь не обманывает себя.

Однако, ее потребность в совершенстве вновь проявила себя в другой форме. После двух трудных сессий, уходя с которых, она чувствовала себя хуже, чем до прихода, Марта вдруг поняла еще одну важную вещь. Дважды ее психотерапевт делал замечания, приносящие ей боль. Она не понимала, почему он так делает. Поскольку она все еще считала его совершенством, он наверняка должен был обижать ее нарочно. Когда она обнаружила, что он сделал это неумышленно, а из-за того, что, очевидно, не понял ее чувств, ей снова пришлось справляться с отчаянием, вызванным этим осознанием.

После перехода в психотерапевтическую группу, еще через несколько месяцев индивидуальной терапии, ее фантазия о совершенстве вновь дала о себе знать. Она втайне договорилась с собой, что на этот раз уж точно все будет идеально. И опять, это было проработано только для того, чтобы вновь проявиться в другой форме. Спустя два года после начала терапии, постоянное бегство Марты в фантазии о совершенстве было вновь спровоцировано новыми отношениями с женщиной. Возникла та же тема. Она верила, что этот мужчина и их взаимоотношения будут идеальными. После того, как каждая последующая стадия была проработана в терапии, опора Марты на свои фантазии о совершенстве уменьшалась в интенсивности и продолжительности.

Применяемые в правильной последовательности конфронтация, прояснение и интерпретация могут помочь членам группы проработать различные конфликты, сопротивления и самопораженческие, повторяющиеся паттерны поведения. Для увеличения эффективности и для надлежащей последовательности этого процесса, ведущий группы должен:

1. *Прежде всего конфронтировать защиты.* Например, замкнутого члена группы можно конфронтировать таким наблюдени-

ем: «Ты отрицаешь свою потребность в людях. Но всем нам, членам группы, очевидно, что ты легко расстраиваешься, если не получаешь доброжелательного отклика. Также заметно, что внимание других приносит тебе большую радость».

2. *Прояснить защиту.* «Ну вот, ты снова так поступаешь. Каждый раз, когда кто-то тянется к тебе, ты делаешь что-то с целью его оттолкнуть».
3. *Интерпретация.* «Ты продолжаешь отрицать свою потребность в других, потому что боишься того, что они приблизятся, а затем отвергнут тебя, как постоянно делала твоя мать, пока ты был маленьким».
4. *Проработка.* Паттерн будет проявляться снова и снова в различных формах. Задача ведущего группы — продолжать обращать внимание на его появление в неосуждающей манере, и помочь члену группы прийти к собственному решению относительно своих страхов, фантазий и катастрофических ожиданий.

Проработка у аддиктивных пациентов

Занимаясь проработкой с типичными аддиктивными пациентами, ведущие группы должны выполнить некую последовательность действий для того, чтобы участники сохранили трезвость. Во-первых, они должны добиться того, чтобы члены группы перестали употреблять химические вещества. Путем принуждения, конфронтации, поощрения или призыва — отказ должен быть первой целью лечения.

Во-вторых, ведущие групп должны провести каждого участника через коррективный эмоциональный опыт. Цель групповой терапии на этом этапе — не инсайт (сделать неосознанное осознанным), а, скорее, обеспечение возрождения в группе прежних переживаний, чтобы вновь пережить свой опыт, будучи трезвым и обладая более зрелой душой. Алкоголики и наркоманы должны безопасным и конструктивным путем освободиться от своих старых сдерживаемых эмоций. Тогда они смогут проработать депрессию и боль, которые всегда таятся под раздражением и гневом. Они должны распознать и затем разорвать цикл под названием «Мир и все в нем ужасны. Я тоже ужасен». Деструктивные отношения должны изменяться или прекращаться, и их нужно замещать здоровыми отношениями со здоровыми людьми. В конечном итоге восстанавливается самооценка, которая всегда подвергается не-

гативному влиянию этого цикла. Грандиозная, ложная самоорганизация, возведенная в виде защитного фасада, должна уступить место настоящему Я, чтобы можно было устанавливать подлинные отношения. Когда прочно установится чувство Я, участники смогут развить в себе способность принимать более самостоятельные решения и делать здоровые выборы. Деструктивные зависимости будут изменяться, и человек будет свободен для вступления в истинно интимные взаимоотношения, без потери себя в архаичных нуждах и ожиданиях.

Стадии лечения в терапевтической группе

Лечение в условиях групповой терапии требует от ведущего тщательного отслеживания поведения группы, характерного для каждой стадии. Не ожидайте, что участники скажут «до свидания», еще не сказав «здравствуйте». Не ждите, что в группе будет настоящая близость, до тех пор, пока в ней нет доверия. Успешный опыт работы с группой более вероятен у тех ведущих, кто тонко настроен на улавливание ее характерного и последовательного (по стадиям) поведения. Понимание развития группы и лечебного процесса поможет ведущим успешно проводить группу через эти трудные и разнообразные стадии.

На последующих страницах будут представлены и обсуждены шесть различных фаз развития группы. Первые две фазы необходимо пройти и разрешить прежде, чем группа будет готова двигаться к более глубоким фазам межличностного общения. (См. Таблицу 15.5.)

1. Зависимость

Для этой фазы самую значительную роль играют безопасность и доверие. Подобно болтовне на вечеринке, общение между членами группы будет большей частью направляться их желанием быть принятыми. То, что они говорят, не имеет такого смысла, как их заинтересованность представить себя в качестве ценного и важного для группы человека. И, как и на вечеринке, поборов свою первую тревогу, они спросят: «Как, Вы сказали, Вас зовут?» Теперь они готовы общаться на более серьезном уровне.

На этой фазе участники очень сильно полагаются на ведущего. Они приходят в группу с ожиданием, что группа каким-то волшебным образом сможет им помочь. Но они также боятся, что группа

возьмет над ними верх и травмирует их, как сделали когда-то их родители. Их фантазия об излечении будет озвучена при попытке получить от ведущего группы то, что они хотели получить от родителей в прошлом. Многие надеются, что они получают принятие, подтверждение, и не будут отвергнуты группой. Зачастую это все, чего они хотят. Часто просто услышать от группы, что с ними все в порядке, достаточно для укрепления их чувства Я, и для многих это поначалу будет терапевтично.

Часто участники будут использовать группу для укрепления определенных недостаточно развитых сторон себя. В частности, Кохут делал особое ударение на интуитивном стремлении человека восстановить фрагментированное эго и дефектное Я. Их интуитивная фантазия состоит в том, что их чувство Я будет восстановлено и укреплено благодаря взаимодействию и принятию группой.

Таблица 15.5. Фазы развития группы

1. ЗАВИСИМОСТЬ

- А. Каждый член группы приходит с фантазией об излечении
- В. Заметно избегание близости и взаимодействия «здесь и сейчас»
- С. Ведение параллельных разговоров
- Д. Развитие псевдосплоченности

2. КОНТРЗАВИСИМОСТЬ

- А. Доминирует противодействие
- В. Поиск козла отпущения
- С. Интимность избегается посредством борьбы

3. РЕШЕНИЕ ВОПРОСОВ ВЛАСТИ/АВТОРИТЕТА

- А. Объявляются пары и коалиции
- В. Разочарование и утрата иллюзий
- С. У группы и у ведущего обнаруживаются недостатки

4. СТАДИЯ РЕАЛЬНОЙ СПЛОЧЕННОСТИ

- А. Развитие более глубокой интимности после разрешения гнева и разочарования

5. ВЗАИМОЗАВИСИМОСТЬ

- А. Согласованное подтверждение неопределенности
- В. Зрелость группы и настоящая близость

6. ЗАВЕРШЕНИЕ

- А. Сепарация/индивидуация

2. Контрзависимость

Хотя группа может переместить фокус на более эмоционально возбуждающие вопросы, доминирует по-прежнему страх интимности. Члены группы будут испытывать ведущего и группу, дабы убедиться, что им не грозит унижение и другие опасности. Их главным вопросом по-прежнему является «Буду ли здесь принят я и то, что я скажу?» Они должны прийти к осознанию того, что границы группы четко установлены и надежно управляемы.

3. Разрешение вопросов власти/авторитета

После того, как в группе наконец выражен и проработан гнев, развивается стадия псевдосплоченности. В группе заметна надежда, и центральное место в этой фазе ее развития занимает Бионовское базовое допущение спаривания (см. Главу 14).

4. Стадия реальной сплоченности

Это — та фаза, к которой так стремится группа, но, к сожалению, она только временна. Однако, пока она продолжается, все будет теплым, искренним и аутентичным. Но именно когда группа начинает ощущать, что будет еще сплоченней, она распадается. Этого следует ожидать. Если ведущему группы необходимо иметь постоянную, безопасную и доверчивую группу (и верить в нее), он будет разочарован. Это подобно тому, как мать во время стадии сепарации/индивидуации у своего ребенка требовала бы, чтобы тот сидел у нее на коленях и хорошо себя вел. Ведущий группы не должен вмешиваться в эту стадию развития, но должен быть способным контейнировать агрессию и гнев группы, не позволяя им реализоваться в пагубном поиске козла отпущения.

5. Взаимозависимость

Алонсо (1985 г.) описывает эту стадию как пограничное существование группы. Среди участников постоянно происходит расщепление и проективная идентификация. Кажется, что группе и ее ведущему чего-то не хватает. Люди грозятся уйти из группы. Среди них возникает конкуренция и борьба. Члены группы изменяются, и проработка их групповых конфликтов на этой стадии происходит по спирали. Те же самые вопросы всплывают и проявляются вновь. Каждый раз по мере того, как противоречие прора-

батывается в группе, участники переходят на более глубокую стадию, и так до тех пор, пока их конфликты не разрешатся.

Группа вступает в финальную стадию зрелости. У каждого участника есть возможность узнать, что он независим и отделен от группы.

Принцип «Я должен усвоить, что могу прожить без вас, прежде чем я смогу быть близким с вами» переживается на более глубоких уровнях. Ключ — это сепарация. Это процесс искупления и прощения. Члены группы осознают, что «никто — ни ты, ни я — не совершенен». Несмотря на это, группа и ее участники в конце концов осознают, что, не будучи совершенными, они все же достаточно хороши.

6. Завершение

Завершение — это последняя стадия лечения и событие, которое, при правильном подходе, может дать важные терапевтические результаты для всей группы, а не только для тех людей, которые ее покидают. И наоборот, если неверно подойти к этому событию, оно может спровоцировать множество ужасных последствий как для тех, кто уходит, так и для тех, кто остается. Плохо проведенное завершение может вызвать продолжительный волновой эффект в целой группе, который будет отдаваться на всем протяжении ее жизни, еще долго после того, как уходящий покинул ее. Поскольку завершение — это такое значительное событие, а обсуждение его правильного проведения часто игнорируется, критически важным является, чтобы ведущий группы эффективно руководил этим событием. Завершение приобретает еще большую значимость для группы и ее членов, потому что (за исключением тех редких случаев, когда перестает работать вся группа) это необычно для людей — иметь возможность попрощаться с кем-то, кто уходит от них по-хорошему. Окончание работы в группе — это публичное событие, и для нашего общества редкость, чтобы люди справлялись с чьими-то уходами здоровым и честным образом. Завершение позволяет пережить это не только уходящему, но, что еще более важно, дает оставшимся членам группы возможность поучаствовать в происшествии, которое может быть новым и очень сильно коррективным опытом по целому ряду причин.

О завершении работы, особенно в индивидуальной терапии, часто думают в контексте готовности пациента прекратить лечение.

Хотя это является существенным компонентом также и в групповой терапии, сам процесс завершения (размышление, обсуждение, объявление и уход) имеет гораздо больше значения для группы. В отличие от индивидуальной терапии, где уходят от психотерапевта, уход из группы означает, что уходят от пациента, или, правильнее сказать, от многих пациентов.

Это дает совсем другой набор и более обширный ряд эмоциональных стимулов, чем можно получить, когда один индивид покидает одного психотерапевта. Несмотря на существенные отличия между событием и процессом, важно перечислить некоторые идеальные цели, которых необходимо достичь, прежде чем люди будут считаться готовыми к завершению. Некоторые из наиболее часто приводимых целей перечислены ниже:

1. Поняты и проработаны сопротивление и перенос. Это значит, что участники с меньшей вероятностью будут остро реагировать на авторитет и на интимность. Однако, понятно, что перенос никогда не разрешается полностью. Мы все — трансферентные животные. Индивиды не только понимают источники своего сопротивления (сопротивления изменениям, инсайтам, реальности и т.д.), но также готовы и хотят освободиться от него.
2. Ослабевают защиты, и участники могут быть более гибкими в своих реакциях на других людей. Они меньше полагаются на примитивные защиты (такие, как отрицание) и способны использовать другие защиты более высокого уровня (такие, как сублимация). Изменения во всеохватывающих паттернах или стилях включают менее стереотипные и автоматические защитные реакции, более гибкое и адаптивное применение защит, меньшую опору на ограниченные защитные механизмы.
3. Влечения сублимируются, устанавливается фрустрационная толерантность. Всемогущество ослабляется, и достигается способность признавать ограничения (в случае алкоголика это означает: «Я не могу пить»). Достигается тестирование и принятие реальности, вместе со связанными с этим атрибутами — любовью к правде, смелостью быть искренним и готовностью сверять свое восприятие с восприятием других людей.
4. Устанавливается наблюдающее эго, связанное со способностью к инсайту, честностью с самим собой и рефлексией. Люди

в меньшей степени влекомы импульсами и имеют возможность отложить отыгрывание вовне своих чувств. Вместо этого развивается способность использовать чувства в качестве сигналов.

5. Устанавливается идентичность с более стойким чувством Я как ответственного действующего лица. Достигается автономия без принесения в жертву способности нуждаться, зависеть или временно сливаться с другим человеком. Цель, смысл, гордость и сила (то есть самооценка) в своих верованиях, ценностях и убеждениях достигнуты и устойчиво удерживаются.
6. Заложена психическая структура и достигнута интеграция Я. Разрешаются прежние уровни задержек развития, результатом чего является возросшая способность к доверию, сепарации, индивидуализации, здоровым вине и стыду, ассертивности и сексуальности. Приобретается способность справляться со счастьем без непомерного чувства вины или обращения к поиску удовольствий. Возрастает способность к наслаждению, удовлетворению, радости, расслаблению, удовольствию и игре.
7. Улучшаются объектные отношения и приобретается способность к близким отношениям с другими людьми. Происходит редукция нарциссизма и эгоцентризма, развивается способность к эмпатии. Люди становятся менее озабоченными необычными и нереалистичными личными желаниями и фантазиями.

Ослабевают симптомы при улучшении эмоционального и физического здоровья. Возрастает способность к удовольствию и принятию, а также терпимость к амбивалентности. Расширяется полнота переживания вместе с возрастанием способности иметь доступ ко всем аффективным состояниям (таким как гнев, радость, грусть, горе, счастье и т.д.).

Аддикция и цели завершения

Несмотря на то, что все вышеперечисленные цели применимы и к аддикции, есть некоторые другие существенные элементы, относящиеся именно к этому случаю. Полностью интегрируется принятие того, что человек является алкоголиком или наркоманом и не может употреблять вещества. Это означает, что действительно сделан первый шаг двенадцатишаговой программы, и участники признали свою аддикцию как хроническую неизлечимую болезнь,

которую можно только остановить. На более символическом уровне, они осознают и признают, что каждый из них — не Бог (Kurtz, 1982 г.). С этим осознанием к человеку приходят важные экзистенциальные выводы, касающиеся принятия своего человеческого состояния, неприятие которых для Курца и других экзистенциальных авторов лежит в основе всех аддикций. А именно:

А. Ограничения. Первое ограничение, которое должны осознать алкоголики или наркоманы, заключается в том, что они не могут использовать химикаты. Они должны принять то, что не обладают способностью к неограниченному счастью, контролю над другими или контролю над своими собственными эмоциями, и должны интегрировать болезненную правду о том, что жизнь имеет свои ограничения. Они должны принять то, что их человеческой природе присуще старение и умирание. Также они должны принять то, что все, что они любят и лелеют, изменится, состарится, умрет или уйдет. В конечном счете, они должны будут понять, что невозможно избежать последствий собственных действий. Как говорит Сартр, мы есть совокупность наших действий.

В. Потребность в других. Алкоголики и наркоманы должны признать, что они не могут (прожить, остаться трезвыми и т. д.) в одиночку. Они нуждаются в других людях, и, позволяя себе нуждаться и быть нужными, они становятся вполне человеческими.

С. Несовершенства. Алкоголики и наркоманы развивают способность признавать свои ошибки, недостатки и несовершенства. Они оставляют свои нарциссические защиты исключительности и грандиозности, составляющие их фальшивое Я, созданное для защиты от стыда. Это означает, что их стыд проработан на здоровом уровне. Они принимают не только свои ошибки, но и других людей, таких же несовершенных, как и они сами.

Д. Аутентичность. Они становятся реальными, завершенными (complete) человеческими существами, и развивают большую способность к истинной, честной взаимности в своих отношениях с другими и с собой. Они больше живут текущим моментом (одним днем) и узнают, что их поступки важнее их слов или обещаний (Делай то, что говоришь).

Процесс завершения

Несмотря на все попытки подготовить алкоголика или наркомана к завершению, не все из них покинут группу, достигнув всего,

чего хотелось бы или что требуется. Ванничелли (1992 г.) предлагает ведущим групп принять реальность того, что многие пациенты покинут группу до того, как будут к этому готовы, или тогда, когда они находятся в самом начале проработки важного, но трудного вопроса. Как ведущие групп, мы не можем или не должны стараться заставлять людей оставаться, даже если мы верим или знаем, что для них будет лучше не оставлять группу в этот момент. Однако, побудить их говорить о своих чувствах, мыслях и причинах предполагаемого ухода будет очень полезным по целому ряду причин. Главным среди этих причин является то, что чувства, о которых говорят, с меньшей вероятностью будут отыграны вовне. Ванничелли разделила уходящих из группы членов на три класса. Знание этих трех категорий помогает не только ведущему группы. Ванничелли предлагает просить потенциально уходящих членов группы отнести себя к одной из них, тем самым, предоставляя возможность для дискуссии в группе. Вот эти три категории:

1. *Завершившие (completers)*. Завершившие — это те, кто, по сути, закончил работу, ради которой сюда пришел, достаточно владеет информацией о преимуществах работы в группе и понимает ее, а также понимает влияние выполнения последней стадии работы — прощания. Он также понимает, что прощание — это процесс: что-то, что мы все должны научиться делать лучше, и что психотерапевтическая группа предоставляет уникальную возможность этому научиться. Эти пациенты могут пересматривать свои цели и достижения в терапии, а также размышлять над своими потерями, когда они думают оставить группу, и каково им будет, в конечном итоге, чувствовать себя ушедшими из нее.
2. *Находящиеся в фазе плато (plateauers)*. Эти пациенты сделали часть работы, ради которой пришли сюда, но у них есть чувство, что на самом деле они ее еще не завершили. Скорее, они пока «застряли». Такие люди не имеют ясного ощущения, чего еще можно добиться в настоящее время (часто такие пациенты возвращаются к лечению позже). Эти пациенты могут выполнить часть работы прощания, хотя обычно в более сокращенном виде, чем завершившие. Эти прощания служат последним фокусированным проектом, прорабатывая который, пациент может получить какую-то пользу.

3. *Беглецы (flee-ers)*. (Также эта группа может называться «Улетающие» (*flyers*)). Эти пациенты переживают настоящую потребность «выбраться отсюда». Фактически, настояние на быстром уходе часто выдает беглеца. Такие пациенты не могут уделить достаточно времени завершению, а наоборот, чувствуют огромное стремление покинуть группу спешно и немедленно. Обычно пациенты, принадлежащие к этой категории, избегают чего-то в группе или в себе, из-за чего они ощущают дискомфорт, и от чего желают избавиться как можно скорее. (1992 г., стр. 178)

Завершение в группах

Успешное завершение в группе — это уникальный опыт, потому что это один из немногих случаев в жизни большинства людей, когда они становятся свидетелями и частью чего-то, что заканчивается позитивно и полностью. Большинство отношений заканчивается без здорового завершения. Даже в самых крайних случаях, когда взаимоотношения кончаются в связи со смертью или разводом, существуют сложные эмоциональные проблемы, не позволяющие действительно закрыть тему. В случае смерти у людей часто нет возможности успешно проработать ее из-за отрицания или внезапности этого события. Развод — это обычно гневная, горькая и разочаровывающая сепарация, которая зачастую так никогда и не разрешается в полной мере. В основном люди уходят двумя общепринятыми способами. Они либо ускользают тайком, постепенно уходя из отношений и медленно исчезая из виду, либо вырываются в гневной, резкой манере. Заботливо, внимательно и терпимо позволить кому-то уйти — редкое событие для многих людей. В индивидуальной терапии обычно происходит постепенное угасание, уменьшение числа встреч, пока человек не останавливается, как правило, понимая, что может вернуться в любое выбранное им время. Когда человек покидает группу, он никогда не сможет вернуться в ту же самую группу.

Завершать всегда трудно. Это может быть еще более сложным или более вредным в новых группах, если уход преждевременен или является результатом неразрешенных конфликтов и разногласий. Такой уход может быть заразным, если он неадекватно организован или проведен. Он может вызвать в других чувство вины («Может быть, это моя ошибка, мог ли я сделать больше?») или за-

висти («Я бы предпочел сам уйти вместо того, чтобы иметь дело с этими трудными вопросами»), а также покинутости и гнева.

Завершение трудно, даже когда все согласны, что лечение завершено, и человек готов окончить групповую терапию. Конечно, уход никогда не зависит от голосования группы, это — личное решение, которое человек должен принять в одиночку, хотя очень важно, чтобы другие члены группы были вовлечены в обсуждение процесса принятия этого решения. Надо надеяться, люди будут говорить о своих размышлениях об уходе задолго до того, как они сделают окончательное заявление об этом. Рекомендуются, чтобы они предупредили группу за четыре недели, чтобы у каждого человека была возможность справиться с чувствами, которые может вызвать их уход. Вот некоторые причины, почему трудны любые, даже хорошие завершения:

1. Прощание порождает глубокий и иногда болезненный аффект. Некоторым людям, в особенности алкоголикам или наркоманам, невыносимо трудно выносить любой аффект. Грусть, горе и слезы — это эмоциональные переживания, которых, как они считают, нужно любой ценой избегать, потому что они еще не знают о преимуществах свободного выражения эмоций.
2. Уход напоминает о множестве старых и неразрешенных потерь, смертей, окончаний и незаконченных прощаний.
3. Люди часто ощущают колоссальную вину из-за своего ухода, чувствуя себя так, как будто они подводят остальных членов группы и покидают их. У многих людей был остановлен важный процесс развития, а именно сепарация/индивидуация. История их жизни — это история, в которой никогда не разрешалось уходить или отделяться здоровым и обнадеживающим способом. Их история отмечена бунтами, внезапными уходами и гневными разделениями.
4. Многим людям будет трудно уходить, потому что это возбуждает чрезвычайно сильный страх разочаровать остальных участников или причинить им боль. Пациенты, берущие на себя слишком много ответственности, обвинений и стыда, обнаружат, что им очень трудно уйти или сделать что-то полезное для себя, если это хоть каким-то образом окажется хотя бы немного трудным или болезненным для других.

5. Прощание и уход может быть непомерно тяжелым для многих людей из-за сильного страха, что никто не заметит их ухода и все останутся к нему равнодушны. Ведущий группы должен будет помочь им взглянуть в лицо этим страхам, чтобы члены группы не поддались им и не позволили себе тайком ускользнуть или постепенно исчезнуть, вместо того, чтобы встретиться лицом к лицу с катастрофическим ожиданием того, что они так мало значат для всех остальных. Часто для них оказывается очень неожиданным открытие, что их присутствие и их уход оказывает такое большое воздействие на других.

Заключение

Было бы уместным закончить эту книгу главой, которая закрывается темой завершения группы. Я надеюсь, что смог оставить читателя с тем же посланием и чувством, с которым мне бы хотелось, чтобы ведущий оставлял членов своей психотерапевтической группы, когда они завершают работу и уходят из нее. А именно, я надеюсь, что читатель и участники группы уходят с лучшим пониманием аддикции, с меньшей путаницей в понимании групповой терапии, с некоторыми предписаниями и специфическими установками выздоровления и, что самое важное, с надеждой на будущее. Несмотря на все наши попытки давать, направлять и поддерживать, каждый из нас в конечном итоге одинок, когда дело касается нашей жизни, выздоровления и роста. Это — неизбежное условие человеческого существования. Как не устают повторять экзистенциалисты, мы в конечном итоге одиноки и единолично ответственны за свои судьбы. И, тем не менее, хотя мы одиноки и сами несем эту ответственность, это вовсе не означает, что мы не можем получать помощь, поддержку и воодушевление от других людей в своей жизни и своем сообществе.

Поскольку у нас, как у групповых терапевтов, есть участники групп, надеюсь, мы можем дать им что-то, что они смогут взять с собой, когда группа перестанет существовать. Говоря конкретнее, мы можем дать им то, чего хочет каждый — опыт и чувство общности, в которой они чувствуют себя принятыми и «своими». Отчужденность, пустота, непонимание — это то, что переживают все люди, страдающие химической зависимостью. Психотерапевтическая группа дает им чувство принадлежности и ощущение того, что их понимают на самом базовом уровне. Вот почему тема сплочен-

ности, доверия и безопасности так громко звучала на протяжении всей книги. В то время как каждый человек хочет быть принятым, любимым и признанным, они хотят этого безусловно. Для всех нас, аддиктивны мы или нет, первичный конфликт заключается в том, чтобы принадлежать и быть связанным с чем-то большим, чем мы сами, при этом не утратив себя. Вероятно, алкоголики и наркоманы чувствуют это немного более интенсивно, и это может быть причиной того, что их потребность в автономии и независимости приобретает такие бунтарские, эгоцентрические и требовательные формы. Они опасаются, что принадлежность кому-то или чему-то будет стоить им их индивидуальности. Это — постоянная тема для всех нас. Могу ли я иметь по-настоящему близкие и интимные отношения, не теряя себя, и чтобы моя обособленность не достигалась ценой моей независимости? В состоянии ли я выдержать отдельность без компроматации своей автономии ради того, чтобы удовлетворить свою потребность в человеческой близости?

Групповая терапия, проводимая в соответствии с предписаниями этой книги, способна удовлетворять потребности, соответствующие обоим полюсам этой человеческой дилеммы. Прежде всего, она позволяет химически зависимым людям стать близкими с другими, которые принимают их, не покушаясь на их идентичность и автономию. Это даже поощряет их индивидуальность, предоставляя им инструменты, позволяющие сблизиться с другими, не подвергая угрозе их отдельность. В конечном итоге это позволяет алкоголикам и наркоманам справляться с эмоциями, источниками которых являются все их интимные встречи, не полагаясь на алкоголь и наркотики для успокоения, сглаживания или изменения своих чувств.

Как и АА, групповая терапия во многих отношениях может рассматриваться как поддерживающее окружение — сплоченная, безопасная общность, где люди могут глубоко понять взаимосвязь между своим личным и публичным Я. В то же время, здесь они могут получить поощрение и разрешение развиваться в индивидуальном темпе по собственному пути. Как писал Уоллес, выздоровление — это процесс, зависимый от времени. На ранних стадиях выздоровления алкоголики и аддикты нуждаются в том, чтобы их радушно пригласили присоединиться к безопасной, достойной доверия и исцеляющей культуре. Позже, когда они будут постепенно проходить через разные стадии, их будут побуждать от-

делиться, одновременно обучаясь быть близкими, не утрачивая своей идентичности и не изолируясь от других. Как правильно говорят Анонимные Алкоголики, члены их общества — это выздоравливающие (а не выздоровевшие) алкоголики. Они никогда не выздоравливают окончательно. Рост и развитие продолжают в течение всей жизни. Будучи частью процесса выздоровления алкоголика или наркомана, групповая терапия помогает ускорить и продвинуть этот процесс. Последний не заканчивается в тот момент, когда человек заканчивает групповую терапию или достигает состояния трезвости, потому что темы принадлежности и одиночества останутся постоянными в его жизни. Групповая терапия помогает выздоравливающим людям найти способы успешной адаптации к этому важнейшему человеческому процессу.

Литература

- Ackerman, R. J. (1979). *Children of alcoholics: A guidebook for educators, therapists, and parents*. Holmes Beach, FL: Learning Publication, Inc.
- Adler, G. (1994). Transference, countertransference and abuse in psychotherapy. *Harvard Review of Psychiatry*, 2, 151-159.
- Agazarian, Y. M. (1992). Contemporary theories of group psychotherapy: A systems approach to the group-as-a-whole. *International Journal of Group Psychotherapy*, 42, 177-203.
- Agazarian, Y. M. & Alonso, A. (1993). *Discussions around shame in a shamed group*. Philadelphia: Blue Sky Video.
- Agazarian, Y. M. & Peters, R. (1981). *The visible and invisible group*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Albrecht, G. L. (1969). *The assessment of Fulton County adolescents' behavior, knowledge and attitudes in relation to the legal system: A preliminary report*. Fulton County Juvenile Court. Atlanta, GA.
- Alcoholics Anonymous. (1939). *Alcoholics Anonymous*. NY: AA World Services.
- Alcoholics Anonymous. (1955). *Alcoholics Anonymous: The story of how many thousands of men and women have recovered from alcoholism*. NY: AA World Services.
- Alcoholics Anonymous. (1960). *Is A.A. for you?* AA Grapevine. NY: AA World Services.
- Alcoholics Anonymous. (1990). *Alcoholics Anonymous 1989 membership survey*. NY: AA World Services.
- Alcoholics Anonymous. (1992). *Alcoholics Anonymous 1992 membership survey*. NY: AA World Services.
- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic medicine*. NY: W. W. Norton.
- Alibrandi, L. A. (1978). The folk psychotherapy of Alcoholics Anonymous. In S. Zimberg, J. Wallace, & S. B. Blume (Eds.), *Practical approaches to alcoholism psychotherapy* (163-180). NY: Plenum Press.
- Allen, M. (1990). Group psychotherapy-past, present and future. *Psychiatric Annals*, 20 (7), 358-361.
- Alonso, A. (1985, Nov.). Lecture given at Harvard Medical School seminar on group psychotherapy. Boston, MA.
- Alonso, A. & Rutan, J. S. (1988). The experience of shame and the restoration of self-respect in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 38, 3-14.
- Alonso, A. & Rutan, J. S. (1993). Character change in group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 43, 439-452.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic & statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: APA.
- Angyal, A. (1965). *Neurosis & treatment: A holistic theory*. NY: John Wiley & Sons.
- Apfeldorf, M. (1978). Alcoholism scales of the MMPI: Contributions and future directions. *International Journal of Addictions*, 13, 17-53.
- Bacal, H. A. (1985). Object-relations in the group from the perspective of self-psychology. *International Journal of Group Psychotherapy*, 35, 483-501.
- Bacal, H. A. (1992). Contributions from self-psychology. In R. H. Klien, H. S. Bernard, & D. L. Singer (Eds.), *Handbook of group psychotherapy* (55-86). Madison, CT: International University Press.
- Back, K. W. (1972). Beyond words: The story of sensitivity training and the encounter movement. *Psychology Today*, May.

- Bailey, M. B. & Leach, B. (1965). *Alcoholics Anonymous, pathway to recovery: A study of 1,058 members of the AA fellowship in NY City*. NY: National Council on Alcoholism.
- Bailey, M. B. (1965). Al-Anon family groups as an aid to wives of alcoholics. *Social Work*, N.Y., 10, 68-74.
- Bakan, A. (1972). *On method*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bakeland, F. L., Lundwall, L., & Kissin, B. (1975). Methods for the treatment of chronic alcoholism: A critical appraisal. In R. J. Gibbins, Y. Israel, H. Kalant, R. E. Popham, W. Schmidt, & R. G. Smart (Eds.), *Research advances in alcohol and drug problems* (Vol. 2). NY: John Wiley & Sons.
- Barnes, G. E. (1979). The alcoholic personality. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 40, 571-634.
- Barnett, L. (1948). *The universe and Dr. Einstein*. NY: Bantam Books.
- Barrett, C. L. (1985). Who are the alcoholics? Where are the devils? *Bulletin of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 4(1), 17-28.
- Basch, M. F. (1980). *Doing psychotherapy*. NY: Basic Books.
- Bateson, G. (1971). The cybernetics of self: A theory of alcoholism. *Psychiatry*, 34, 1-18.
- Becker, E. (1973). *The denial of death*. NY: Free Press.
- Berger, F. (1983). Alcoholism rehabilitation: A supportive approach. *Hospital and Community Psychiatry*, 34(11), 1040-1043.
- Bergin, A. E. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (36-51). NY: John Wiley & Sons.
- Bergin, A. E. (1981). Psychotherapy & religious values. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48(1), 95-105.
- Bergin, A. E. & Lambert, M. J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2nd ed., 139-190). NY: John Wiley & Sons.
- Berne E. (1961). *Transactional analysis in psychotherapy*. NY: Grove Press.
- Beutler, L. E. (1979a). Individual, group and family therapy modes: Patient therapy value compatibility and treatment effectiveness. *Journal of Counseling and Psychotherapy*, 32, 43-59.
- Beutler, L. E. (1980). Personal communication. University of Arizona Health Science Center. Tucson, AZ.
- Bibb, R. E. (1970). The outpatient treatment of the alcoholic. *Ohio State Medical Journal*, 66, 686-689.
- Bion, W. R. (1961). *Experiences in groups*. NY: Basic Books.
- Bixenstine, E. (1956). The value-fact antithesis in behavioral science. *Journal of Humanistic Psychology*, 16, 35-57.
- Blanck, G. & Blanck, R. (1974). *Ego Psychology: Theory and practice*. NY: Columbia University Press.
- Blane, H. T. (1968). *The personality of the alcoholic: Guises of dependency*. NY: Harper & Row.
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in analytic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107-157.
- Bollerud, K. (1995, March). A model for treating sexually abused substance abusers. Paper presented at workshop, The Addictions. Harvard Medical School, Boston, MA.
- Borowitz, G. H. (1964). Some ego aspects of alcoholism. *British Journal of Medical Psychology*, 37(3), 257-263.
- Bourne, E. & Fox, R. (1973). *Alcoholism: Progress in research & treatment*. NY: Academic Press.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to the mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 350-373.

- Bowlby, J.** (1980). *Attachment and loss: Vol. III, Loss*. NY: Basic Books.
- Bradshaw, J.** (1993). *Healing the shame that binds you*. Deerfield Beach, FL: Health Communications.
- Brandsma, J. & Pattison, E. M.** (1985). The outcome of group psychotherapy in alcoholics: An empirical review. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 11(1), 151-160.
- Brix, D. J.** (1983). Use of a group-centered psychotherapy group with the inpatient treatment of alcoholism. *Bulletin of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 2(14), 253-258.
- Bronowski, J.** (1973). *The ascent of man*. Boston/Toronto: Little, Brown & Co.
- Brown, D. G.** (1985). Bion and Foulkes: Basic assumptions and beyond. In M. Pines. (Ed.), *Bion and group psychotherapy* (192-219). London: Tavistock/Routledge.
- Brown, N. O.** (1959). *Life against death*. Middletown, MA: Wesleyan University Press.
- Brown, S.** (1985). *Treating the alcoholic: A developmental model of recovery*. NY: John Wiley & Sons.
- Brown, S.** (1988). *Treating adult children of alcoholics: A developmental perspective*. NY: John Wiley & Sons.
- Brown, S. & Beletsis, S.** (1986). The development of family transference in group for adult children of alcoholics. *International Journal of Group Psychotherapy*, 36, 97-114.
- Brown, S. & Yalom, I.** (1977). Interactional group psychotherapy with alcoholic patients. *Journal of Studies on Alcohol*, 38, 426-456.
- Buber, M.** (1955a). *Hasidism and modern man*. (M. Friedman, Trans.). NY: Horizon Press.
- Buber, M.** (1955b). *The life of dialogue*. (M. Friedman, Trans.). London: Routledge.
- Buber, M.** (1960). *I and thou*. (W. Kaufmann, Trans.). NY: Scribner & Sons.
- Buber, M.** (1963). *Pointing the way*. (M. Friedman, Trans.). NY: Harper Torchbooks.
- Buber, M.** (1964). In M. Friedman (Ed.), *The worlds of existentialism* (385-395). NY: Random House.
- Buhler, C. & Lefever, D. W.** (1956). A Rorschach study on the psychological characteristics of alcoholics. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 17, 163-281.
- Butters, N. & Cermak, L. S.** (1980). *Alcoholic Korsakoff syndrome: An information-processing approach to amnesia*. NY: Academic Press.
- Button, A. D.** (1956). A study of alcoholics with the MMP1. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 11, 163-281.
- Cahn, S.** (1970). *The treatment of alcoholics: An evaluative study*. NY: Oxford University Press.
- Camus, A.** (1960). *The myth of Sisyphus, and other essays*. NY: Vintage.
- Canter, F. M.** (1969). Motivation for self-confrontation in alcohol patients. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 6(1), 21-23.
- Carkhuff, R.** (1969). *Helping & human relations, Vol. 2, Practice & research*. NY: Holt, Rinehart & Winston.
- Cassell, E. J.** (1985). *The healer's art*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Cermak, L. S. & Peck, E.** (1982). Continuum versus premature aging theories of chronic alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 6(1), 89-95.
- Cermak, T. L.** (1984). Children of alcoholics and the case for a new diagnostic category of codependence. *Alcohol, Health and Research World*, 8(4) 38-42.
- Cermak, T. L. & Brown, S.** (1982). Interactional group therapy with adult children of alcoholics. *International Journal of Group Psychotherapy*, 32, 375-389.
- Chafetz, M. E.** (1968). Research in the alcoholic clinic. *American Journal of Psychiatry*, 124, 1674-1679.
- Chafetz, M. E., Blane, H. T., & Hill, M. J.** (1970). *Frontiers of alcoholism*. NY: Science Hours.

- Chalmers, D. & Wallace, J. (1978).** Evaluation of patient progress. In S. Zimberg, J. Wallace, & S. Blume (Eds.), *Practical approaches to alcoholism psychotherapy* (255-277). NY: Plenum.
- Clavell, J. (1986).** *Shogun*. NY: Dell.
- Collins, G. B. (1995).** Why treatment for alcohol dependence is changing. In N. S. Miller (Ed.), *Treatment of the addictions: Applications of outcome research for clinical management* (23-40). NY: The Haworth Press.
- Cummings, N. (1979).** Turning bread into stones. *American Psychologist*, 34(12), 1119-1129.
- Dahany, S. A. (1977).** The effects of assertive training with inpatient alcoholics on measures of assertive behavior, self-esteem, field-dependence. PhD Diss., University of Arizona.
- Devito, R. A. (1969).** New dimensions in treatment of alcoholism. *Illinois Medical Journal*, 124, 389-392.
- DiClemente, C. C., Carbonari, J. P., & Velasquez, M. M. (1992).** Alcoholism treatment mismatching from a process of change perspective. *Drug and Alcohol Abuse Reviews*, 3, 115-142.
- Dies, R. R. (1977).** Group therapist transparency: A critique of theory and research. *International Journal of Group Psychotherapy*, 27, 177-200.
- Dies, R. R. (1992a).** The future of group therapy. *Psychotherapy*, 29(1), (Spring), 58-64.
- Dies, R. R. (1992b).** Models of group psychotherapy: Sifting Through Confusion. *International Journal of Group Psychotherapy*, 42, 1-18.
- Dies, K. R. & Dies, R. R. (1993).** Directive facilitation: A model for short-term group treatments (Part 2). *The Independent Practitioner*, 13, 177-183.
- Disterfano, N., Pryer, L. W., & Garrison, J. L. (1972).** Internal-external control among alcoholics. *Journal of Clinical Psychology*, 28, 36-37.
- Dodes, L. K. (1988).** The psychology of combining dynamics psychotherapy and Alcoholics Anonymous. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 52, 283-293.
- Dolliver, R. (1981).** Some limitations in Perls' gestalt therapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 18(1), 38-45.
- Donovan, D. M. & O'Leary, M. R. (1975).** Comparison of perceived and experienced control among alcoholics and nonalcoholics. *Journal of Abnormal Psychology*, 4, 112-26.
- Dostoyevsky, F. (1957).** *The brothers Karamazov*. NY: Basic Books.
- Dublin, J. (1976).** Gestalt therapy. Existential-gestalt therapy and/versus "Perlism." In E. W. L. Smith (Ed.), *The growing edge of Gestalt therapy* (57-69). Secaucus, NJ: Citadel Press.
- Dubourg, G. O. (1969).** After care for alcoholics: A follow-up study. *British Journal of Addiction*, 64, 155-163.
- Durant, W. (1926).** *Story of philosophy*. NY: Simon & Schuster.
- Durkin, H. E. (1964).** *The group in depth*. NY: Interactional Universities Press.
- Early, P. H. (1994).** Is everything I do an addiction? *Ridgeview Insight*, 3-7, Atlanta, GA.
- Eliot, T. S. (1943).** *Little Gidding*. In *four quartets*. NY: Harcourt Brace Jovanovich.
- Emrick, C. D. (1974).** A review of psychological oriented treatment of alcoholism, I: The use and interrelationships of outcome criteria and drinking behavior following treatment. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 36, 523-549.
- Emrick, C. D. (1979).** Perspectives in clinical research: Relative effectiveness of alcohol abuse treatment. *Family and Community Health*, 2(2), 71-88.
- Emrick, C. D. (1989).** Alcoholics Anonymous: Membership characteristics and effectiveness as treatment. In M. Galanter (Ed.), *Recent developments in alcoholism* (37-53). NY: Grune & Stratton.
- Emrick, C., Lassen, C. L., & Edwards, M. T. (1977).** Nonprofessional peers as therapeutic agents. In A. S. Gurman and A. M. Razin (Eds.), *Effective*

- psychotherapy: A handbook of research* (120-161). NY: Pergamon.
- English, J. (1975). Personality differences in alcohol treatment. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 36, 52-61.
- Ettin, M. F. (1988). By the crowd they have been broken, by the crowd they shall be healed: The advent of group psychology. *International Journal of Group Psychotherapy*, 38(2), 139-168.
- Kysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Ezriel, H. (1973). Psychoanalytic group psychotherapy. In L. R. Wolberg & E. K. Schwartz (Eds.), *Group Therapy* (183-210). NY: Stratton Intercontinental Medical Books.
- Faber, L. (1966). *The ways of will*. NY: Basic Books.
- Fairbairn, W. R. D. (1952). *Psychoanalytic studies of the personality*. London: Tavistock Publications.
- Fancher, R. E. (1973). *Psychoanalytic psychology. The development of Freud's thought*. NY: W. W. Norton.
- Fehr, D. (1976). Psychotherapy: Integration of individual and group methods. In R. E. Tarter & A. A. Sugarman (Eds.), *Alcoholism: Interdisciplinary approaches to an enduring problem* (637-654). Reading MA: Addison-Wesley.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7, 117-140.
- Fischer, R. (1976). On creative psychotic & ecstatic states. In L. Allen & D. Jaffe (Eds.), *Consciousness as role & knowledge. Readings in abnormal psychology. Contemporary perspectives*. NY: Harper & Row.
- Flores, P. (1985). Alcoholism treatment & the relationship of Native-American's cultural values to recovery. *International Journal of the Addictions*, 20, 1707-1726.
- Flores, P. (1988a). Alcoholics Anonymous: A phenomenological and existential perspective. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 5, 73-94.
- Flores, P. (1988b). *Group psychotherapy with addicted populations*. NY: The Haworth Press.
- Flores, P. (1993). Group psychotherapy with alcoholics, substance abusers and adult children of alcoholics. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive group psychotherapy* (3rd ed., 429-442). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Flores, P. & Mahon, L. (1993). The treatment of addiction in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 43(2), 143-156.
- Fox, R. (1967). Disulfiram as an adjunct in the treatment of alcoholism. In R. Fox (Ed.), *Alcoholism: Behavioral research, therapeutic approaches* (242-255). NY: Springer.
- Fox, R. (1973). Treatment of the problem drinker by the private practitioner. In P. G. Bourne & R. Fox (Eds.), *Alcoholism: Progress in research and treatment* (227-241). NY: Academic Press.
- Frank, J. (1961). *Persuasion and healing*. Baltimore, MD: Johns Hopkins Press.
- Frank, J. (1972). Remarks. In M. E. Chafetz (Ed.), *Proceedings of the 2nd annual alcoholism conference of NIAAA* (242-244). Washington, DC: U. S. Government Printing Office.
- Frank, J. (1978). *Psychotherapy and the human predicament*. NY: Schocken Books.
- Frankel, C. (1971). *The case for modern man*. Boston: Beacon Press.
- Frankl, V. (1969). *The will to meaning*. Cleveland, OH: New American Library.
- Freimuth, M. (1994). Psychotherapy and twelve-step programs: A commentary on Humphreys. *Psychotherapy*, 31, 551-552.
- Freud, S. (1910). The future prospects of psycho-analytic therapy. *The standard edition of the complete psychological works of S. Freud, Vol. 11* (139-152). London: Hogarth Press.

- Freud, S. (1921). *Group psychology and the analysis of the ego*. Complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth Press.
- Fromm, E. (1941). *Escape from freedom*. NY: Farrar and Rinehart.
- Gallant, D. M. (1983). Prediction of cortical atrophy in young alcoholics. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 7(4), 448.
- Gartner, A. & Riessman, F. (1984). *The self-help revolution*. NY: Human Sciences Press.
- Gauron, E. F. & Rawlings, E. I. (1975). Procedure for orienting new members to group psychotherapy. *Small Group Behavior*, 6, 293-307.
- Gelormino, G. (1995). Harm reduction: A response to the article by Alan Marlatt. *The Addictions Newsletter*, 2, 9-10.
- Gerard, D. C. (1962). *Troubled employees program*. Center City, MN:
- Hazelden. Ciitlow, S.E. (1973). Alcoholism: A disease. In P. G. Bourne & R. Fox (Eds), *Alcoholism: Progress, research and treatment* (1-9). NY: Academic Press.
- Glatzter, H. T. (1969). Working through in analytic group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 19, 292-306.
- Goodwin, D. (1979). Alcoholism and heredity: A review and hypothesis. *Archives of General Psychiatry*, 36, 57-61.
- Goss, A. & Morosko, T. E. (1970). Relation between a dimension of internal-external control and the MMPI with alcoholic population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 8, 189-192.
- Goulding, M. (1980, July). Personal communication. Western Institute for Group and Family Therapy. Watsonville, CA.
- Goulding, R. L. & Goulding, M. M. (1979). *Changing lives through redecision therapy*. NY: Brunner/Mazel.
- Gozali, J. & Sloan, J. (1971). Control orientation as a personality dimension among alcoholics. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 32, 159-161.
- Grant, I., Reed, R., & Adams, K. (1980). Alcohol & drug-related brain disorder: Implications for neuropsychological research. *Journal of Clinical Neuropsychology*, 2(4), 321-331.
- Grotjahn, M. (1983). The qualities of the group psychotherapist. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive group psychotherapy* (294-301). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Guntrip, H. (1971). *Psychoanalytic theory, therapy and the self*. NY: Basic Books.
- Haley, J. (1976). *Problem-solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Har Paz, N. (1994). Failure in group psychotherapy: The therapist variable. *International Journal of Group Psychotherapy*, 44, 3-20.
- Hartocollis, P. (1964). Some phenomenological aspects of the alcoholic condition. *Psychiatry*, 27, 345-348.
- Hartocollis, P. & Hartocollis, C. (1980). Alcoholism, borderline & narcissistic disorders: A psychoanalytic overview. In W. Fann, I. Karacan, A. Porkory, & R. S. Williams (Eds.), *Phenomenology & treatment of alcoholism* (93-110). NY: Medical & Scientific Books.
- Hartocollis, P. & Shaefer, D. (1963). Group psychotherapy with alcoholics: A critical review. *Psychiatric Digest*, 29, 15-22.
- Hartup, W. W. (1970). Peer interaction & social organization. In P. H. Mussen (Ed.), *Carmichael's manual of child psychology*, Vol. 2 (3rd Ed.). NY: J. Wiley & Sons.
- Heidegger, M. (1963). *Being and time*. (J. MacQuarrie, & E. Robinson, Trans.) NY: Harper & Row. (original 1927).
- Heitler, J. (1976). Preparatory techniques in initiating expressive psychotherapy with lower class, unsophisticated patients. *Psychology Bulletin*, 3, 339-352.
- HEW. (1974). *Alcoholism treatment & rehabilitation*. National Institute on Alcohol Abuse & Alcoholism. Washington, DC: Department of HEW Publications.

- Heyman, S. E. (1995, March). *What can neuroscience teach us about addiction?* Paper presented at workshop, The Addictions, Harvard Medical School, Boston, MA.
- Hibbard, S. (1987). The diagnosis and treatment of adult children of alcoholics as a specialized therapeutic population. *Psychotherapy, 24*, 779-788.
- Hoffman, H., Loper, R. G., & Kammeier, M. L. (1974). Identifying future alcoholics with MMPI alcoholism scales. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 35*, 490-498.
- Holder, H., Longabaugh, R., Miller, W. R., & Rubonis, A. V. (1993). The cost-effectiveness of treatment for alcoholism: A first approximation. *Journal of Studies on Alcohol, 52*, 517-203.
- Horner, A. (1976). Oscillating patterns of object relations and borderline patient. *International Review of Psycho-Analysis, 479-482*.
- Horner, A. (1979). *Object relations and the developing ego in therapy*. NY: Jason Aronson.
- Horvath, A. T. (1993). Enhancing motivation for treatment of addictive behavior: Guidelines for the therapist. *Psychotherapy, 30*(3), 473-480.
- Humphreys, K. (1993). Psychotherapy and the twelve-step approach for substance abusers: The limits of integration. *Psychotherapy, 30*, 207-213.
- Hutchinson, J. A. (1969). *Paths of faith*. NY: McGraw-Hill.
- Imhof, J., Hirsch, R., & Terenzi, R. E. (1984). Countertransference and attitudinal considerations in the treatment of drug abuse and addiction. *Journal of Substance Abuse Treatment, 1*, 21-30.
- Inkeles, A. (1968). *Socialization & society*. Boston: Little, Brown & Co.
- Jacobson, G. R. & Ritter, D. P. (1977). Purpose in life and personal values among adult alcoholics. *Journal of Clinical Psychology, 33*, 314.
- James, W. (1902). *The varieties of religious experience*. NY: Longmans.
- James, W. (1907). *Pragmatism*. NY: Longmans.
- Jarmas, A. L. & Kazak, A. E. (1990). Young adult children of alcoholic fathers: Depressive experiences, coping styles and family systems. *Journal of Consulting and Chemical Psychotherapy, 60*(2), 244-251.
- Jaspers, K. (1975). On my philosophy. In W. Kaufman (Ed.), *Existential-ism from Dostoevsky to Sartre*. NY: New American Library (original 1941).
- Jellinek, E. M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Haven, CT: College & University Press.
- Johnson, V. E. (1973). *I'll quit tomorrow*. NY: Harper & Row.
- Jones, R. K. (1970). Sect. characteristics of Alcoholics Anonymous. *Sociology, 4*, 181-195.
- Kahn, E. (1985). Heinz Kohut & Carl Rogers: A timely comparison. *American Psychologist, 40*(8), 893-904.
- Kanas, N. (1982). Alcoholism and group psychotherapy. In E. M. Pattison & S. E. Kaufman (Eds.), *Encyclopedic handbook of alcoholism* (1011 -1021). NY: Gardner Press.
- Kanas, N. & Barr, M. A. (1982). Outpatient alcoholics view group therapy. *Group, the Journal of the Eastern Group Psychotherapy Society, 6*, 17-20.
- Kassell, J. D. & Wagner, E. F. (1993). Processes of change in Alcoholics Anonymous: A review of possible mechanisms. *Psychotherapy, 30*, 222-234.
- Kaufman, E. & Reoux, J. (1988). Guidelines for the successful psychotherapy of substance abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 14*(2), 199-209.
- Kaufmann, W. (1956). *Existentialism from Dostoevsky to Sartre*. NY: Meridian Books.
- Kellogg, S. (1993). Identity and recovery. *Psychotherapy, 30*, 235-250.
- Kelly, G. (1955). *The psychotherapy of personal constructs: Clinical diagnosis and psychotherapy, Vol. 2*. NY: W. W. Norton.
- Kemker, S. S., Kibel, H. D., & Mahler, J. C. (1993). On becoming oriented to inpatient

- treatment: Inducing new patients and professionals to recovery movement. *International Journal of Group Psychotherapy*, 43, 285-302.
- Kernberg, O. F.** (1970). *New developments in psychoanalytic object-relations theory*. Topeka, KS: Menninger Foundation.
- Kernberg, O. F.** (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. NY: Jason Aronson.
- Kernberg, O. F.** (1983). The borderline patient. *Psychiatry (Audio Digest)*, 77, No. 16.
- Kernberg, O. F.** (1984). The couch at sea: Psychoanalytic studies of group and organizational leadership. *International Journal of Group Psychotherapy*, 34(1), 5-23.
- Khantzian, E. J.** (1985). On the psychological predisposition for opiate & stimulant dependence. *Psychiatry Letter*, 3(1), 1-3.
- Khantzian, E. J.** (1994). Alcoholics Anonymous-Cult or corrective? Paper presented at Fourth Annual Distinguished Lecture. Manhasset, NY: Cornell University.
- Khantzian, E. J. & Treece, C. J.** (1977). Psychodynamics of drug dependence: An overview. In J. D. Elaine & D. A. Julius (Eds.), *Psychodynamics of drug dependence*. NIDA Research Monograph No. 12. DHEW Publication No. ADM 77-470. Washington, DC: Superintendent of Documents, U. S. Government Printing Office.
- Khantzian, E. J., Halliday, K. S., & McAuliffe, W. E.** (1990). *Addiction and the vulnerable self*. NY: Guilford Press.
- Klein, R. H., Orleans, J. F., & Soule, C. R.** (1991). The Axis II group: Treating severely characterologically disturbed patients. *International Journal of Group Psychotherapy*, 41, 97-116.
- Kline, E. B.** (1983, Jan.). Personal communication. University of Cincinnati, Cincinnati, OH.
- Kohut, H.** (1977a). Preface. In J. D. Elaine & D. A. Julius (Eds.), *Psycho-dynamics of drug dependence*. NIDA Research Monograph No. 12. DHEW Publication No. ADM 77-470. Washington, DC: Superintendent of Documents, U.S. Government Printing Office.
- Kohut, H.** (1977b). *The restoration of the self*. NY: International Universities Press.
- Kohut, H.** (1984). *How does analysis cure?* Chicago: University of Chicago Press.
- Kohut, H. & Wolfe, E. S.** (1978). The disorders of the self and their treatment: An outline. *International Journal of Psychoanalysis*, 60, 413-425.
- Kopp, S. B.** (1971). *Guru: Metaphors from a psychotherapist*. Palo Alto, CA: Science & Behavior Books.
- Kosinski, J.** (1977). Horatio Algiers of the nightmare. *Psychology Today*, December, 59-64.
- Kosseff, J. W.** (1975). The leader using object-relations theory. In Z. A. Liff (Ed.), *The leader in group* (212-242). NY: Jason Aronson.
- Kritsberg, W.** (1985). *The adult children of alcoholics syndrome: From discovery to recovery*. Pompano Beach, FL: Health Communications, Inc.
- Krystal, H.** (1982). Character disorders: Characterological specificity and the alcoholic. In M. E. Pattison & E. Kaufman (Eds.), *Encyclopedic handbook of alcoholism* (607-618). NY: Gardner Press.
- Krystal, H. & Raskin, H. A.** (1993). *Drug dependence. The disturbances in personality functions that create the need for drugs*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Kuhn, T. S.** (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kurtz, E.** (1979). *Not-God: A history of Alcoholics Anonymous*. Center City, MN: Hazelden.
- Kurtz, E.** (1981). *Shame and guilt: Characteristics of the dependency cycle*. Center City, MN: Hazelden.
- Kurtz, E.** (1982). Why AA works. The intellectual significance of Alcoholics Anonymous, *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 43(1), 38-80.

- Kurtz, E. (1983, Feb.). *Shame and alcoholism*. Paper presented at the Conference for National Association of Alcohol and Drug Abuse Counselors. Atlanta, GA.
- Laing, R. D. (1969). *The self and others*. London: Tavistock Publications.
- Laing, R. D. (1972). *The divided self: An existential study in sanity and madness*. Baltimore, MD: Penguin.
- Langs, R. (1976). *The bipersonal field*. NY: Jason Aronson.
- Lemere, F. (1958). Alcoholism & the worker. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 79, 419-428.
- Lecszcz, M. (1989). Group psychotherapy of the characterologically difficult patient. *International Journal of Group Psychotherapy*, 39, 311-336.
- Lecszcz, M. (1992). The interpersonal approach to group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 42, 37-62.
- Leuba, J. H. (1896). A study in the psychology of religious phenomena. *American Journal of Psychology*, 7, 309-385.
- Levy, S. (1984). *Principles of interpretation*. NY: Jason Aronson.
- Lew, D. (1973). *Realities of alcoholism in industry*. Rockville, MD: NIAAA Publications.
- Liechtenstein, H. (1961). Identity & sexuality: A study of their interrelationship in man. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 9, 179-260.
- Lieberman, M. A. & Borman, L. D. (1979). *Self-help groups for coping and crisis: Origins, members, processes & impact*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Lieberman, M., Yalom, I. D., & Miles, M. (1973). *Encounter groups: First facts*. NY: Basic Books.
- Lomranz, J., Lakin, M., & Schiffman, H. (1972). Variants of sensitivity training and encounter: Diversity of fragmentation? *Journal of Applied Behavior Science*, 8, 399-420.
- Lowen, A. (1969). Bio-energetic group therapy. In H. Rouiten (Ed.), *Group therapy today* (279-290). NY: Atherton.
- MacLeod, J. A. (1968). Management of the initial phase of psychotherapy: Optimal frustration as a guide to technique in psychotherapy. *Comprehensive Psychiatry*, 9(4), 400-406.
- Madsen, W. (1974). *The American alcoholic*. Springfield, IL: Charles C
- Thomas. Mahler, M. S. (1968). *On human symbiosis and the vicissitude of individuation*. NY: International University Press.
- Mahler, M. S. (1979). *The selected papers of Margaret Mahler, Volumes I and II*. NY: Jason Aronson.
- Mahler, M. S., Pine, R., & Bergman, H. (1975). *The psychological birth of the human infant*. NY: Basic Books.
- Malcolm, J. (1984). *In the Freud archives*. NY: Alfred Knopf.
- Mann, M. (1973). *The disease concept of alcoholism*. San Francisco: Faces West Productions.
- Marlatt, G. A. (1983). The controlled drinking controversy: A commentary. *American Psychologist*, 38, 1097-1111.
- Masterson, J. F. (1981). *The narcissistic & borderline disorders*. NY: Brunner/Mazel.
- Matakas, F., Koester, H., & Leidner, B. (1978). Which treatment for which alcoholic? A review. (Selected translation of international alcoholism research). *Psychiatrische Praxis*, 5, 143-153.
- Matano, R. A. & Yalom, I. (1991). Approaches to chemical dependency: Chemical dependency & interactive group therapy—a synthesis. *International Journal of Group Psychotherapy*, 41(3), 269-294.
- May, R. (1983). *The discovery of being*. NY: W. W. Norton.
- McCrary, B. S. (1985). Comments on the controlled drinking controversy. *American Psychologist*, 40(3), 370-371.
- McDougall, J. (1989). *Theaters of the body*. NY:

- W. W. Norton. McNeel, J. (1977). The seven components of redecision therapy. In G. Barnes (Ed.), *Transactional analysis after Eric Berne*. NY: Harpers College Press.
- Miller, N. S. (1995). *Treatment of the addictions: Applications of outcome research for clinical management*. NY: The Haworth Press.
- Miller, N. S. & Hoffman, N. G. (1995). Addiction treatment outcomes. In N. S. Miller (Ed.), *Treatment of the addictions: Applications of outcome research for clinical management*. (41-56). NY: The Haworth Press.
- Miller, W. R. & Hester, R. K. (1986). Matching problem drinkers with optimal treatments. In W. M. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors: Process of change* (175-203). NY: Plenum Press.
- Minovitz, M. (1973). *Using industrial alcoholism programs as a model for health & welfare agencies*. Rockville, MD: NIAAA Publications.
- Modell, W. (1955). *The relief of symptoms*. Philadelphia: Saunders.
- Monte, C. F. (1980). *Beneath the mask: An introduction to theories of personality* (2nd ed.). NY: Holt, Rinehart & Winston.
- Moore, R. A. (1973). *Psychotherapeutics of alcoholism*. Proceedings of the 2nd Annual Alcoholism Conference of NIAAA. Pub #73-9083.
- Moore, R. A. & Buchanan, T. K. (1966). State hospitals and alcoholism: A nation-wide survey of treatment techniques and results. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 27, 459-468.
- Moreno, J. L. (1971). Psychodrama. In H. Kaplan & B. Sadock (Eds.), *Comprehensive group psychotherapy*. Baltimore, MD: Williams and Wilkins.
- Morrison, A. P. (1989). *Shame: The underside of narcissism*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Mueller, S. R., Suffer, B. H., & Prengaman, T. P. (1982). A short-term intensive treatment program for the alcoholic. *The International Journal of Addictions*, 17(6), 931-943.
- Muggeridge, M. (1980). *Do we need religion or religious institutes?* Sussex, England: Firing Line.
- Murray, T. (1973). *The fight to save alcoholic executives*. Rockville, MD: NIAAA Publications.
- Muus, R. E. (1968). *Theories of adolescence* (2nd ed.). NY: Random House.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (1995). *Distinctive features of the alcohol treatment system*. NIAAA Research Publication, Washington, DC, June.
- National DWI Conference. (1976). *Alcohol and the impaired driver*. Chicago: National Safety Council.
- Neibergh, N. (1993, Feb.). Presentation on group psychotherapy at American Group Psychotherapy Conference, San Diego, CA.
- Nemiah, J. (1961). *Foundations of psychopathology*. NY: Oxford University Press.
- Nietzsche, F. (1968). *Basic writings of Nietzsche* (W. Kaufman, Trans.). NY: Modern Library.
- Ogden, T. H. (1982). *Projective Identification and psychotherapeutic technique*. NY: Jason Aronson.
- Ogden, T. H. (1983a). The concept of internal object relations. *International Journal of Psychoanalysis*, 64, 227-241.
- Ogden, T. H. (1983b). *The primitive edge of experience*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Ormont, L. (1985, Nov.). *Intimacy and group psychotherapy*. Paper presented at Harvard Medical School Seminar on group psychotherapy. Boston, MA.
- Ormont, L. (1988). The leader's role in resolving resistances to intimacy in the group setting. *International Journal of Group Psychotherapy*, 38, 29-46.
- Ormont, L. (1990). The craft of bridging. *International Journal of Group Psychotherapy*, 40, 3-18.
- Ormont, L. (1992). *The group therapy experience*. NY: St. Martin's Press.
- Ormont, L. (1993). Resolving resistances to immediacy in the group setting.

- International Journal of Group Psychotherapy*, 43, 399-418.
- Ornstien, P. (1981). The bipolar self in the psychoanalytic treatment process: Clinical & theoretical considerations. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 29, 353-375.
- Osborne, J. W. & Baldwin, J. R. (1982). From one state of illusion to another? *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 266-275.
- Oziel, L. J., Obitz, F. W., & Kerpon, M. (1972). General & specific perceived locus of control in alcoholics. *Psychological Reports*, 30, 957-958.
- Parsons, O. A. & Farr, S. P. (1981). The neuropsychology of alcohol & drug use. In S. B. Felskov & T. J. Boll (Eds.), *Handbook of clinical neuropsychology* (320-365). NY: John Wiley & Sons.
- Patterson, G. R. & Anderson, D. (1964). Peers as social reinforcers. *Child Development*, 35, 951-960.
- Pattison, E. M. (1966). A critique of alcoholism treatment concepts: With special reference to abstinence. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 27, 49-71.
- Pattison, E. M. (1979). The selection of treatment modalities for the alcoholic patient. In J. H. Mandelson & N. K. Mello (Eds.), *The diagnosis and treatment of alcoholism* (229-255). NY: McGraw-Hill.
- Pendery, M. L., Maltzman, I. M., & West, L. J. (1982). Controlled drinking by alcoholics? New findings and a reevaluation of a major affirmative study. *Science*, 217, 169-174.
- Perls, F. S. (1969). *Gestalt therapy verbatim*. Lafayette, CA: Real People Press.
- Perls, F. S., Hefferline, R., & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality*. NY: Julian Press.
- Perls, L. (1976). Comments on the new directions. In E. W. L. Smith (Ed.), *The growing edge of Gestalt therapy*. Secaucus, NJ: Citadel Press, 36-51.
- Pesso, A. (1991). Ego function and Pesso System/Psychomotor Therapy. In A. Pesso & J. Crandall (Eds.), *Moving Psychotherapy* (41-50). Franklin, NH: Brookline Books.
- Piaget, J. (1954). *The construction of reality in the child*. NY: Basic Books.
- Pines, M. (1992). *Contrasting views of representative group events*. Garden Grove, CA: Info Medix Audio Tape.
- Polster, E. (1975). Techniques and experience in Gestalt therapy. In F. D. Stephenson (Ed.), *Gestalt therapy primer* (75-91). Springfield, IL:
- Charles C Thomas. Polster, E. (1981, July). Resistance & Gestalt therapy. Lecture given at the Gestalt Institute of San Diego. LaJolla, CA.
- Polster, E. & Polster, M. (1973). *Gestalt therapy integrated*. NY: Brunner/Mazel.
- Polster, E. & Polster, M. (1974). Notes on the training of Gestalt therapy. *Voices: The Art and Science of Psychotherapy*, 70(3), 38-44.
- Polster, E. & Polster, M. (1976). Therapy without resistance: Gestalt therapy. In A. Burton (Ed.), *What makes behavior change possible?* (259-277). NY: Brunner/Mazel.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Rachman, A. W. & Heller, M. E. (1974). Anti-therapeutic factors in therapeutic communities for drug rehabilitation. *Journal of Drug Issues*, 4, 393-403.
- Raubolt, R. (1974). Games addicts play: Implications for group treatment. *Corrective and Social Psychiatry*, 20, 1.
- Rawson, R. A., Obert, J. L., McCann, M. J., & Marinelli-Casey, P. (1993). Relapse prevention models for substance abuse treatment. *Psychotherapy*, 30, 284-298.
- Ray, O. (1972). *Drugs, society & human behavior*. St. Louis, MO: C.V. Mosby Co.
- Rice, A. K. (1965). *Learning for leadership*. London: Tavistock Publications.

- Rice, C. A. & Rutan, J. S. (1981). Boundary maintenance in inpatient therapy groups. *International Journal of Group Psychotherapy*, 31, 297-309.
- Rice, C. (1988). Paper presented at Conference on Group Psychotherapy. Atlanta, GA, October 28-29.
- Rinpoche, S. (1992). *The Tibetan Way of Living and Dying*. San Francisco: Harper.
- Rogers, C. (1942). *Counseling & psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. NY: NY Press.
- Roman, P. M. (1989). *Inpatient alcohol and drug treatment: A national study of treatment centers*. Executive report. Institute for Behavioral Research, University of Georgia. (1-22).
- Rossi, J. J. (1972). Motivational issues in capturing alcoholism patients into a rehabilitation program. In *Selected papers from the twenty-third annual meeting of alcohol and drug problems association* (51-56). Atlanta, GA.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal vs. external control. *Psychological Monographs*, 80, 1-28.
- Rutan, J. S. (1983, Feb.). Transference & group psychotherapy. Paper presented at 40th Annual American Group Psychotherapy Association Conference, Toronto, Canada.
- Rutan, J. S. & Stone, W. (1984). *Psychodynamic group psychotherapy*. Lexington, MA: The Collamore Press.
- Rutan, J. S. & Stone, W. (1993). *Psychodynamic group psychotherapy* (2nd. Ed.). NY: The Guilford Press.
- Ryan, C. & Butters, N. (1980). Further evidence for a continuum of impairment encompassing male alcoholic Korsakoff patients and chronic alcoholic men. *Alcoholism*, 4, 190-198.
- Sartre, J. P. (1956). *Being and nothingness*. NY: Philosophical Library.
- Schaffer, H. J. (1995, March). A clinical update on the addictions. Paper presented at workshop, The Addictions. Harvard Medical School, Boston, MA.
- Scheidlinger, S. (1983, Feb.). Current theories in group psychotherapy. Paper presented at 40th Annual American Group Psychotherapy Association Conference, Toronto, Canada.
- Schiff, A. & Schiff, J. L. (1971). Passivity. *Transactional Analysis Journal*, 1,1 \-11.
- Schmidt, W. (1968). *Social class and the treatment of alcoholism*. Monograph 7. Toronto: University of Toronto Press.
- Schuckit, M. A. (1973). Alcoholism & sociopathy. Diagnostic confusion. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 37, 157-164.
- Schultz, W. (1969). *Joy*. NY: Grove Press.
- Scott, E. M. (1961). The technique of psychotherapy with alcoholics. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 22, 69-80.
- Scott, M. (1970). In D. Calahan (Ed.), *Problem drinkers*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Scarles, H. (1973). Concerning therapeutic symbiosis. *Annals of Psychoanalysis*, 1, 247-262.
- Scxias, F. (1976). *Tie in with local council on alcoholism. DWI rehabilitation programs*. Falls Church, VA: AA Publications, World Services.
- Shestov, L. (1932). *On Job's balance*. (Coventry & Macartney, Trans.). London: Dent & Sons.
- Shore, J. J. (1981). Use of paradox in the treatment of alcoholism. *Health and Social Work*, 38, 11-20.
- Simkin, J. (1976). *Gestalt therapy mini-lectures*. Millbrae, CA: Celestial Arts.
- Siimmel, G. (1950). *Sociology of George Simmel* (K. Wolff, Trans.). NY: Free Press.
- Singer, D. L., Astrachan, B. M., Gould, L. J., & Klein, E. B. (1975). Boundary management in psychological work with groups. *Journal of Applied Behavioral Science*, 11(2), 137-176.

- Smart, R. T., Schmidt, W. & Moss, M. K. (1969). Social class as a determinant of the types and duration of therapy received by alcoholics. *International Journal of Addictions*, 4, 543-556.
- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1973a). Individualized behavior therapy for alcoholics. *Behavior Therapy*, 4, 49-72.
- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1973b). Alcoholics treated by individualized behavior therapy: One-year treatment outcome. *Behavior Research and Therapy*, 77, 599-618.
- Sobell, L. C. (1995). Natural recovery from alcohol problems. Paper presented at workshop, The Addictions, Harvard Medical School, Boston, MA.
- Sollod, R. H. (1993). Reply to Humphreys: On the compatibility of twelve step programs and psychotherapy. *Psychotherapy*, 31, 549-550.
- Stace, W. (1966). What is mysticism? In P. Struhl & K. Struhl (Eds.), *Philosophy now!* (235-251). NY: Random House.
- Stachnik, T. J. (1980). Priorities for psychology in medical education and health care delivery. *American Psychologist*, 55(1), 8-15.
- Starbuck, E. D. (1899). *The psychology of religion*. NY: Scribner & Sons.
- Stein, A. & Friedman, W. H. (1971). Group therapy with alcoholics. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive group psychotherapy*. Baltimore, MD: Williams & Wilkens.
- Steiner, C. M. (1969). The alcoholic game. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 30, 920-938.
- Steiner, C. M. (1971). *Games alcoholics play*. NY: Grove Press.
- Sterne, M. & Pittman, D. (1965). The concept of motivation: A source of institutional & professional blockage in the treatment of alcoholics. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 26, 41-57.
- Stewart, D. A. (1985). Control or freedom? *American Psychologist*, 40(3), 373-374.
- Stinson, D., Smith, W., Arnidjaya, I., & Kaplan, J. (1979). System of care and treatment outcomes for alcoholic patients. *Archives of General Psychiatry*, 36, 535-539.
- Stone, L. (1961). *The psychoanalytic situation*. NY: International University Press.
- Strupp, H. H. (1972). Freudian analysis today. *Psychology Today*, July, 33-40.
- Strupp, H. H. & Hadley, S. W. (1979). Specific versus nonspecific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1125-1136.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. NY:
- Surkis, A., W. W. Norton. (1989). The group therapist's quandary: To lead or to treat? Workshop presented at Tenth International Congress of Group Therapy, Amsterdam.
- Szasz, T. S. (1966). Alcoholism: A socio-ethnic perspective. *Western Medicine*, 7, 15-21.
- Tarter, R. E. & Sugerman, A. A. (1976). *Alcoholism: Interdisciplinary approaches to an enduring problem*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Thune, C. E. (1977). Alcoholism and the archetypal past: A phenomenological perspective on Alcoholics Anonymous. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 38, 75-88.
- Tiebout, H. M. (1953). Surrender vs. compliance in therapy with special reference to alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 14, 58-68.
- Tiebout, H. M. (1954). The ego factors in surrender in alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 15, 610-621.
- Tiebout, H. M. (1961). Alcoholics Anonymous: An experiment of nature. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 22, 52-68.
- Tournier, R. E. (1979). Alcoholics Anonymous as treatment and as ideology. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 40, 230-239.
- Twelve steps and twelve traditions (1952). NY: AA World Services, Inc.
- Twerski, A. J. (1983). Early intervention in alcoholism: Confrontational techniques. *Hospital & Community Psychiatry*, 34(11), 1027-1030.

- Vaillant, G. (1983). The natural history of male alcoholism. Is alcoholism the cart or horse to sociopathy? *British Journal of Addictions*, 78, 317-320.
- Vaillant, G. (1995, Feb). The natural history of alcoholism: A fifty-year follow up. Paper presented at workshop, The Addictions. Harvard Medical School, Boston, MA.
- Vaillant, G. & Milofsky, E. (1982). The etiology of alcoholism: A prospective viewpoint. *American Psychologist*, 37(5), 494-503.
- Vannicelli, M. (1982). Group psychotherapy with alcoholics: Special techniques. *Journal of Studies on Alcohol*, 41(1), 17-37.
- Vannicelli, M. (1988). Group therapy aftercare for alcoholic patients. *International Journal of Group Psychotherapy*, 35(3), 337-353.
- Vannicelli, M. (1991). Dilemmas and counter-transferences considerations in group psychotherapy with adult children of alcoholics. *International Journal of Group Psychotherapy*, 41, 295-312.
- Vannicelli, M. (1992). *Removing the road blocks: Group psychotherapy with substance abusers & family members*. NY: The Guilford Press.
- Verinis, J. S. (1995). Treatment of the socially disadvantaged alcoholic. In N. S. Miller (Ed.), *Treatment of addictions: Applications of outcome studies for clinical management* (93-112). NY: The Haworth Press.
- Wald, P. (1974). *Right of alcoholic & addicted prisoners to refuse treatment: Some preliminary perimeters*. Presented at Washington area council on alcohol & drug abuse symposium. Washington, DC.
- Wallace, J. (1975). *Tactical and strategic use of the preferred defense structure of the recovering alcoholic*. NY: National Council on Alcoholism.
- Wallace, J. (1977a). Alcoholism from the inside out: A phenomenological analysis. In N. J. Estes & M. E. Heinemann (Eds.), *Alcoholism, development, consequences, and interventions* (51-69). St. Louis, MO: C.V. Mosby Co.
- Wallace, J. (1977b). Between Scylla and Charybdis: Issues in alcoholism therapy. *Alcohol, Health & Research World* (Summer), 15-22.
- Wallace, J. (1978a). Behavioral modification methods as adjuncts to psychotherapy. In S. Zimberg, J. Wallace, S. B. Blume (Eds.), *Practical approaches to alcoholism psychotherapy* (99-117). NY: Plenum Press.
- Wallace, J. (1978b). Working with the preferred defense structure of the recovering alcoholic. In S. Zimberg, J. Wallace, & S. Blume (Eds.), *Practical approaches to alcoholism psychotherapy* (19-29). NY: Plenum Press.
- Wallace, J. (1984a). Comments on the controlled drinking controversy. *American Psychologist*, 40(3), 372-373.
- Wallace, J. (1984b). *Myths and misconceptions about Alcoholics Anonymous! About AA*. NY: AA World Services.
- Wallace, J., Forbes, R., & Chalmers, D. K. (1979). Alcoholism treatment revisited. *World Health Project*, 2(1), 1-28.
- Ward, R. (1984, May). Lecture given at Atlanta Psychoanalytic Interest Group, Atlanta, GA.
- Washton, A. M. (1992). Structured outpatient group therapy with alcohol & substance abusers. In J. Lowinson, P. Ruiz, & R. Millman (Eds.), *Substance abuse: A comprehensive textbook*. Baltimore, MD: Williams & Wilkens.
- Watzlawick, P. (1978). *The language of change*. NY: Basic Books.
- Wedel, H. L. (1965). Involving alcoholics in treatment. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 26, 468-479.
- Weinberg, J. (1976). *Why do alcoholics deny their problem?* Center City, MN: Hazelden.
- Weiner, M. F. (1983). The assessment & resolution of impasse in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 33, 313-331.
- Wells, C. (1982). Chronic brain disease: An update on alcoholism, Parkinson's disease, and dementia. *Hospital and Community Psychiatry*, 33(2), 111-126.

- Whitaker, C. A. & Malone, T. P. (1953). *The roots of psychotherapy*. NY: Blakiston.
- White, M. (1972). *Documents in the history of American philosophy*. NY: Oxford University Press.
- Whitehead, A. N. (1925). *Science and the modern world*. NY: The Free Press.
- Whitehead, A. N. (1933). *Adventures of ideas*. NY: The Free Press.
- Whitfield, C. L. (1987). *Healing the child within: Discovery and recovery for adult children of dysfunctional families*. Deerfield Beach, FL: Health Communications, Inc.
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturation process in the facilitating environment*. NY: International University Press.
- Witkin, H. A. & Oilman, P. K. (1967). Cognitive styles. *International Journal of Neurology*, 6, 119-137.
- Witkin, H. A., Karp, S. A., & Goodenough, D. R. (1959). Dependence in alcoholics. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 20, 493-504.
- Wogan, M., Getter, H., Anidur, M. J., Nichols, M. F., & Okman, G. (1977). Influencing interaction and outcome in group psychotherapy. *Small Group Behavior*, 8, 26-46.
- Wolfe, A. & Schwartz, E. K. (1962). *Psychoanalysis in groups*. NY: Grune & Stratum.
- Wood, B. L. (1987). *Children of alcoholism: The struggle for self & intimacy in adult life*. NY: NY University Press.
- Wurmser, L. (1978). *The hidden dimension: Psychodynamics in compulsive drug use*. NY: Jason Aronson.
- Yalom, I. D. (1974). Group therapy and alcoholism. *Annals of the NY Academy of Sciences*, 233, 85-103.
- Yalom, I. D. (1975). *The theory and practice of group psychotherapy* (2nd Ed.). NY: Basic Books.
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. NY: Basic Books.
- Yalom, I. D. (1983). *Inpatient group psychotherapy*. NY: Basic Books.
- Yalom, I. D. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy* (3rd Ed.). NY: Basic Books.
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4th Ed.). NY: Basic Books.
- Yalom, I. D. & Rand, K. H. (1966). Compatibility and cohesiveness in therapy groups. *Archives of General Psychiatry*, 15, 267-276.
- Yalom, I. D., Houts, P. S., Newell, A. B., & Rand, K. H. (1967). Preparation of patients for group therapy. *Archives of General Psychiatry*, 17, 416-428.
- Yalom, I. D., Block, S., Bond, G., Zimmerman, E., & Quails, B. (1978). Alcoholics in interactional group therapy: An outcome study. *Archives of General Psychiatry*, 35, 419-425.
- Zax, M. (1961). Demographic characteristics of alcoholic outpatients and the tendency to remain in treatment. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 22, 98-105.
- Zimberg, S. (1980). *The clinical management of alcoholism*. NY: Brunner/Mazel.
- Zinker, J. (1977). *Creative process in Gestalt therapy*. NY: Brunner/Mazel.

Содержание

<i>Предисловие</i>	3
<i>Введение</i>	9
Адаптация современных подходов.....	10
Глава 1. Введение в групповую психотерапию и теорию аддикции	14
Специфическое применение групповой терапии к химической зависимости	17
Концепция болезни и групповая психотерапия	24
Аддикция, абстиненция и концепция болезни	29
Глава 2. Различные Модели Групповой Психотерапии	48
Некоторые модели групповой психотерапии	49
Психологические уровни интервенции	52
Группы Фокусного Критерия (focused criteria groups)	55
Специфическое применение для лечения аддикций	80
Глава 3. Подготовка химически зависимых пациентов к групповой терапии	88
Рекомендации для вхождения в терапевтическую группу	90
Установление предварительного альянса	90
Достижение ясного соглашения относительно ожиданий пациента от терапии	93
Предложение информации и инструкций, касающихся групповой психотерапии	96
Работа с инициальной тревогой перед вступлением в группу	104
Представление и утверждение контракта	109
Приложение 3.1	110
Глава 4. Интеракционная групповая психотерапия	114
Основные задачи по Ялому	115
Образцовый участник	119
Межличностная честность и спонтанность	123
Установление групповых норм	128
Норма самораскрытия	129
Процедурные нормы и антитерапевтические нормы	133
Важность группы	134
Активация и освещение процесса “здесь и сейчас”	136
Межличностная теория поведения	151
Интерперсональная теория психиатрии Салливана	152
Примеры фокуса “здесь и сейчас” по Ялому	161
Интеграция современного аналитического подхода	171
Заключение	190
Глава 5. Модификации интеракционной модели Ялома	193
Соображения о лечении и групповой психотерапии	196
Лечение на ранней и поздней стадии	199

Рекомендации для групповой психотерапии	201
Протокол	202
Основная лечебная программа	204
Аддиктивная личность	206
Ценности и зависимость в лечении алкоголизма	209
Вопросы лечения	210
Программа «анонимные алкоголики» и групповая психотерапия	216
Глава 6. Психодинамическая теория	219
Патология характера и аддикция	222
Вклад теории объектных отношений и психологии самости	225
Теория нормального развития Маргарет Малер	231
Эго-психология и теория объектных отношений	232
Стадии нормального развития по Малер	239
Пограничная личностная организация и патологический нарциссизм	255
Пограничная патология по Кернбергу	257
Поддерживающая психотерапия по Кернбергу	259
Нарциссическое личностное расстройство	263
Определение терминов	276
Аддикция как попытка самолечения	283
Уязвимость самооценки	286
Глава 7. Групповая психотерапия, АА и Двенадцатишаговые программы	301
Заблуждения по поводу Анонимных Алкоголиков	303
Ценности, наука и АА	306
Философия науки и пределы рациональности	312
Пределы рационального мышления и науки	315
Движение самопомощи	318
Анонимные Алкоголики: исторические корни	319
АА — почему и как это работает: интерпретация АА	324
Прагматизм: его влияние на АА	328
Экзистенциальная позиция АА	331
АА — как это работает: феноменологическая перспектива	341
Самоатрибуция алкоголизма	347
Честность, отрицание и нужда в других	351
АА: точка зрения Я-психологии	354
АА: лечение стыда и нарциссизма	357
Глава 8. Диагностика и лечение аддикций	364
Критерии аддикции	369
Группы наркотических веществ	372
Наркотическая зависимость и группы наркотических веществ	373
Зависимость, толерантность, злоупотребление и аддикция	376
Нейропсихологические нарушения	381
Синдром Вернике-Корсакова	389
Глава 9. Проблемы ранней стадии лечения	404
Особые проблемы аддиктивного пациента	407
Защитные механизмы	408
Принуждение	413

Использование терапевтических рычагов.....	419
Конфронтация.....	423
Интервенция.....	438
Глава 10. Проблемы средней стадии лечения.	455
Срыв и выздоровление.....	463
Срывы на ранней и поздней стадиях.....	467
Вклад терапевта в возможность срыва.....	470
Профилактика срыва.....	474
Рекомендации Ялома для стационарных групп.....	477
Состав стационарных групп.....	481
Стратегии и техники лидерства Ялома.....	484
Особенности стационарных терапевтических групп в больнице.....	494
Откровенность ведущего в отношении употребления алкоголя и наркотиков.....	496
Групповой контракт.....	497
Одновременное участие в других группах.....	499
Особенности конфиденциальности в условиях стационара.....	501
Активные выходы.....	505
Посещение группы после срыва.....	507
Употребление алкоголя и срыв.....	507
Заключительные рекомендации для групповой терапии в условиях стационара.....	512
Глава 11. Проблемы поздней стадии лечения	515
Смена парадигмы.....	517
Парадигма групповой терапии для одновременного лечения аддикции и патологии характера.....	521
Стратегии лечения на поздних стадиях.....	526
Модель Ялома и психология самости (self-psychology).....	527
Терапия внутреннего структурного дефицита.....	531
Лечение интроекций.....	533
Групповая терапия и ВДА.....	539
Аддикция и семья.....	540
Часто идентифицируемые характеристики ВДА.....	542
ВДА и стыд.....	545
Глава 12. Характеристики ведущего	547
Ценности ведущего группы.....	548
Терапевт как личность.....	553
Качества ведущего группы.....	555
Указания и приоритеты для ведущего группы.....	566
Функции лидера.....	570
Исследования результатов терапии.....	575
Терапевтический процесс: вклады терапевта и пациента.....	581
Исследование групповой психотерапии.....	585
Приложения для удачной групповой терапии.....	589
Исследования результатов лечения алкоголизма.....	590
Характеристики пациента и тип терапии.....	593
Специфические групповые стратегии и требования.....	596

Рекомендации	600
Совмещение характеристик терапевта и пациента	601
Глава 13. Перенос в группах	605
Определение переноса	606
Возможности переноса в группе	612
Модификация искажений переноса в группах	615
Типы переноса в группах	617
Распространенные типы переноса, отыгрываемого вовне	619
Злоупотребление переносом	627
Контрперенос	628
Проективная идентификация	634
Путь к психологическому изменению	638
Аддикция и контрперенос	640
Глава 14. Сопротивление в группе	646
Сопротивление: определение	647
Групповое сопротивление и работа Вилфреда Биона	650
Влияние ведущего на БД	653
Сопротивление близости в группе	657
Сопротивление непосредственности	663
Сопротивление чувствам в группе	665
Специальные замечания о сопротивлении при аддикции	670
Групповые сопротивления	670
Индивидуальное сопротивление	671
Сопротивление ведущего группы	672
Влияние ведущего на групповое сопротивление	673
Глава 15. Процесс исцеления в групповой терапии	677
Лечебные факторы по Ялому	679
Лечебные факторы в группе	681
Лечебные факторы Анонимных Алкоголиков	690
Лечебные факторы, действующие в различных типах психотерапевтических групп	691
Механизмы изменения и лечения в групповой терапии	692
Лечебный процесс	698
Проработка у аддиктивных пациентов	703
Стадии лечения в терапевтической группе	704
Аддикция и цели завершения	709
Заключение	714
Литература	717

Научное издание

Филип Дж. Флорес

Групповая психотерапия зависимостей

Сдано в набор 22.11.2014 Подписано в печать 30.11.2014.

Формат 60x90 ¹/₁₆

Заказ № 6446

ООО Издательство

«Институт Общегуманитарных Исследований»

119071, Москва, Ленинский проспект, д.18

Отпечатано способом ролевой струйной печати

в ОАО «Первая Образцовая типография»

Филиал «Чеховский Печатный Двор»

142300, Московская область, г. Чехов, ул. Полиграфистов, д. 1

Сайт: www.chpd.ru, E-mail: sales@chpd.ru, т/ф. 8(496)726-54-10

Эта книга — о зависимости и ее лечении. Она не только исследует важную тему зависимости, но и дает серьезные рекомендации по ее лечению в условиях групповой терапии. Данная работа представляет убедительные доказательства того, что именно групповая терапия должна стать основным способом лечения зависимостей, и последовательно демонстрирует, как можно достичь этой цели.

Факты говорят о том, что хорошо проведенная группа в сочетании с 12-шаговой системой Анонимных Алкоголиков (АА) значительным образом повышает эффективность лечения аддиктивной популяции. Доктор Флорес посвятил огромное количество времени и сил описанию того, как эти различные подходы (АА и групповая терапия) могут быть мягко интегрированы в одном взаимодополняющем лечебном усилии.

ISBN 978-5-88230-361-6



9 785882 303616

Филип Дж. Флорес

**Групповая психотерапия зависимостей.
Интеграция Двенадцати шагов и
психодинамической теории**

**Институт общегуманитарных исследований
Москва
2014**

УДК 615.8 ББК 53.57 Ф 13

Филип Дж. Флорес

Групповая психотерапия зависимостей — М.:Институт общегуманитарных исследований, 2014 — 736 с.

Печатается по Flores, P Group psychotherapy with addicted populations

Перевод с английского Тверицкая В., Мелик-Ахназарова К., Бурова А., Лунинская Е., Ноздрин-Плотницкий А.

Редактор Тверицкая В.

Эта книга — о зависимости и ее лечении. Она не только исследует важную тему зависимости, но и дает серьезные рекомендации по ее лечению в условиях групповой терапии. Данная работа представляет убедительные доказательства того, что именно групповая терапия должна стать основным способом лечения зависимостей, и последовательно демонстрирует, как можно достичь этой цели.

Факты говорят о том, что хорошо проведенная группа в сочетании с 12-шаговой системой Анонимных Алкоголиков (АА) значительным образом повышает эффективность лечения аддиктивной популяции. Доктор Флорес посвятил огромное количество времени и сил описанию того, как эти различные подходы (АА и групповая терапия) могут быть мягко интегрированы в одном взаимодополняющем лечебном усилии.

ISBN 978-5-88230-361-6 © Flores, R, 1996

© Институт общегуманитарных исследований, 2014

Оглавление

Предисловие	8
Введение	10
Адаптация современных подходов.....	11
Глава 1. Введение в групповую психотерапию и теорию аддикции.	13
<i>Специфическое применение групповой терапии к химической зависимости</i>	14
<i>Концепция болезни и групповая психотерапия</i>	16
<i>Аддикция, абстиненция и концепция болезни</i>	18
Глава 2. Различные Модели Групповой Психотерапии.....	26
<i>Некоторые модели групповой психотерапии</i>	26
<i>Психологические уровни интервенции</i>	27
<i>Группы Фокусного Критерия (focused criteria groups)</i>	29
<i>Индивидуально-ориентированные группы изменений</i>	30
<i>Группы межличностного научения и изменения</i>	36
<i>Групповой процесс в психодинамических группах</i>	36
<i>Специфическое применение для лечения аддикций</i>	41
Глава 3. Подготовка химически зависимых пациентов к групповой терапии	45
<i>Рекомендации для вхождения в терапевтическую группу</i>	45
<i>Установление предварительного альянса</i>	45
<i>Достижение ясного соглашения относительно ожиданий пациента от терапии</i>	47
<i>Предложение информации и инструкций, касающихся групповой психотерапии</i>	48
<i>Работа с инициальной тревогой перед вступлением в группу</i>	51
<i>Представление и утверждение контракта</i>	53
<i>Приложение 3.1</i>	54
Глава 4. Интеракционная групповая психотерапия	56
<i>Основные задачи по Ялому</i>	56
<i>Образцовый участник</i>	57
<i>Межличностная честность и спонтанность</i>	59
<i>Установление групповых норм</i>	61
<i>Норма самораскрытия</i>	61
<i>Процедурные нормы и антитерапевтические нормы</i>	63
<i>Важность группы</i>	63
<i>Активация и освещение процесса “здесь и сейчас”</i>	64
<i>Межличностная теория поведения</i>	70
<i>Интерперсональная теория психиатрии Салливана</i>	70
<i>Примеры фокуса “здесь и сейчас” по Ялому</i>	74
<i>Интеграция современного аналитического подхода</i>	77
<i>Заключение</i>	85
Глава 5. Модификации интеракционной модели Ялома	86
<i>Соображения о лечении и групповой психотерапии</i>	87
<i>Лечение на ранней и поздней стадии</i>	88
<i>Рекомендации для групповой психотерапии</i>	89
<i>Протокол</i>	89
<i>Основная лечебная программа</i>	90
<i>Аддиктивная личность</i>	91
<i>Ценности и зависимость в лечении алкоголизма</i>	92
<i>Вопросы лечения</i>	92
<i>Программа «анонимные алкоголики» и групповая психотерапия</i>	95
Глава 6. Психодинамическая теория	97
<i>Патология характера и аддикция</i>	98
<i>Вклад теории объектных отношений и психологии самости</i>	99
<i>Теория нормального развития Маргарет Малер</i>	101
<i>Эго-психология и теория объектных отношений</i>	102
<i>Стадии нормального развития по Малер</i>	104
<i>Пограничная личностная организация и патологический нарциссизм</i>	112
<i>Пограничная патология по Кернбергу</i>	113
<i>Нарциссическое личностное расстройство</i>	115
<i>Определение терминов</i>	122
<i>Аддикция как попытка самолечения</i>	125
<i>Уязвимость самооценки</i>	126
Глава 7. Групповая психотерапия, АА и Двенадцатишаговые программы.....	133
<i>Заблуждения по поводу Анонимных Алкоголиков</i>	133
<i>Ценности, наука и АА</i>	135
<i>Философия науки и пределы рациональности</i>	137
<i>Пределы рационального мышления и науки</i>	138
<i>Движение самопомощи</i>	139
<i>Анонимные Алкоголики: исторические корни</i>	140
<i>АА — почему и как это работает: интерпретация АА</i>	142
<i>Прагматизм: его влияние на АА</i>	143

Экзистенциальная позиция АА.....	144
АА — как это работает: феноменологическая перспектива.....	148
Самоатрибуция алкоголизма.....	150
Честность, отрицание и нужда в других.....	152
АА: точка зрения Я-психологии.....	153
АА: лечение стыда и нарциссизма.....	154
Глава 8. Диагностика и лечение аддикций.....	158
Критерии аддикции.....	159
Группы наркотических веществ.....	161
Наркотическая зависимость и группы наркотических веществ.....	161
Зависимость, толерантность, злоупотребление и аддикция.....	162
Нейропсихологические нарушения.....	164
Синдром Вернике-Корсакова.....	390
Глава 9. Проблемы ранней стадии лечения.....	398
Особые проблемы аддиктивного пациента.....	399
Защитные механизмы.....	399
Принуждение.....	401
Использование терапевтических рычагов.....	403
Конфронтация.....	405
Интервенция.....	411
Глава 10. Проблемы средней стадии лечения.....	418
Срыв и выздоровление.....	421
Срывы на ранней и поздней стадиях.....	423
Вклад терапевта в возможность срыва.....	424
Профилактика срыва.....	426
Рекомендации Ялома для стационарных групп.....	427
Состав стационарных групп.....	428
Стратегии и техники лидерства Ялома.....	430
Особенности стационарных терапевтических групп в больнице.....	433
Откровенность ведущего в отношении употребления алкоголя и наркотиков.....	434
Групповой контракт.....	435
Одновременное участие в других группах.....	435
Особенности конфиденциальности в условиях стационара.....	437
Активные выходы.....	438
Посещение группы после срыва.....	439
Употребление алкоголя и срыв.....	439
Заключительные рекомендации для групповой терапии в условиях стационара.....	441
Глава 11. Проблемы поздней стадии лечения.....	443
Смена парадигмы.....	444
Парадигма групповой терапии для одновременного лечения аддикции и патологии характера.....	445
Стратегии лечения на поздних стадиях.....	447
Модель Ялома и психология самости (selfpsychology).....	447
Терапия внутреннего структурного дефицита.....	449
Лечение интроекций.....	450
Групповая терапия и ВДА.....	452
Аддикция и семья.....	452
Часто идентифицируемые характеристики ВДА.....	453
ВДА и стыд.....	454
Глава 12. Характеристики ведущего.....	456
Ценности ведущего группы.....	456
Терапевт как личность.....	458
Качества ведущего группы.....	459
Указания и приоритеты для ведущего группы.....	463
Функции лидера.....	465
Исследования результатов терапии.....	467
Терапевтический процесс: вклады терапевта и пациента.....	469
Исследование групповой психотерапии.....	471
Приложения для удачной групповой терапии.....	472
Исследования результатов лечения алкоголизма.....	473
Характеристики пациента и тип терапии.....	474
Специфические групповые стратегии и требования.....	475
Рекомендации.....	477
Совмещение характеристик терапевта и пациента.....	477
Глава 13. Перенос в группах.....	479
Определение переноса.....	479
Возможности переноса в группе.....	481
Модификация искажений переноса в группах.....	483
Типы переноса в группах.....	484
Распространенные типы переноса, отыгрываемого вовне.....	485
Злоупотребление переносом.....	487

<i>Контрперенос</i>	488
<i>Проективная идентификация</i>	490
<i>Путь к психологическому изменению</i>	492
<i>Аддикция и контрперенос</i>	493
Глава 14. Сопротивление в группе	496
<i>Сопротивление: определение</i>	496
<i>Групповое сопротивление и работа Вилфреда Биона</i>	497
<i>Влияние ведущего на БД</i>	500
<i>Сопротивление близости в группе</i>	502
<i>Сопротивление непосредственности</i>	504
<i>Сопротивление чувствам в группе</i>	504
<i>Специальные замечания о сопротивлении при аддикции</i>	507
<i>Групповые сопротивления</i>	507
<i>Индивидуальное сопротивление</i>	507
<i>Сопротивление ведущего группы</i>	508
<i>Влияние ведущего на групповое сопротивление</i>	508
Глава 15. Процесс исцеления в групповой терапии	694
<i>Лечебные факторы по Ялому</i>	694
<i>Лечебные факторы в группе</i>	695
<i>Лечебные факторы Анонимных Алкоголиков</i>	699
<i>Лечебные факторы, действующие в различных типах психотерапевтических групп</i>	699
<i>Механизмы изменения и лечения в групповой терапии</i>	700
<i>Лечебный процесс</i>	703
<i>Проработка у аддиктивных пациентов</i>	705
<i>Стадии лечения в терапевтической группе</i>	705
<i>Аддикция и цели завершения</i>	708
<i>Заключение</i>	710
<i>Литература</i>	712

Предисловие

Эта книга — об аддикции и ее лечении. Хотя, если бы цель автора заключалась только в исследовании данного предмета, книга не вызвала бы такого интереса, который, я думаю, почувствуют те, кто ее внимательно прочтет. Говоря конкретнее, она не только исследует важную тему аддикции, но и дает серьезные рекомендации по ее лечению в условиях групповой терапии. Данная работа представляет убедительные доказательства того, что именно групповая терапия должна стать основным способом лечения зависимостей, и последовательно демонстрирует, как можно достичь этой цели. И, поскольку и групповая терапия, и алкоголизм являются, по ряду причин, очень значимыми для меня проблемами, я счастлив видеть книгу, в которой эти темы конвергируют, объединяясь в одну.

Алкоголизм — зависимость, с которой я лучше всего знаком, — зачастую называют болезнью отрицания не только со стороны алкоголика, но и тех, кто общается с алкоголиками лично или профессионально. Если кто-то страдает от алкоголизма, то маловероятно, что диагноз “алкоголизм” поставит врач-терапевт, психолог или другой представитель помогающей профессии. Если алкоголизм все-таки диагностирован, то, к сожалению, шансы на то, что алкоголику порекомендуют соответствующее лечение, невелики. Слишком часто алкоголикам лишь настоятельно рекомендуют сократить количество потребляемого спиртного и взять себя в руки, дабы привести свою жизнь в порядок. Даже если алкоголику и посоветуют обратиться к психотерапевту, то фокусом терапии обычно становится выявление природы “истинной проблемы”. То есть алкоголику ясно дают понять, что если ему удастся добраться до корня своего психологического конфликта, он будет “излечен”, и его вновь научат пить умеренно.

Попытки вылечить алкоголика и научить его пить нормально и социально являются грубейшей ошибкой. Я знаю, что Эрик Берн и Клод Штайнер, два моих очень уважаемых коллеги, верили в то, что алкоголика можно вылечить, но я не согласен с ними. С другой стороны, я согласен с тем, что жизненные сценарии и игры, в которые играют алкоголики (в соответствии с определениями теории трансактного анализа), зачастую являются важной частью личности алкоголика и способствуют развитию его болезни. Тем не менее, алкоголизм является заболеванием, при котором химическая зависимость и физическая аддикция приводят алкоголика к такому состоянию, в котором он неспособен пить нормально. Сначала надо разрушить преграду отрицания, а затем алкоголики должны понять и принять неоспоримый факт, что они не могут пить в пределах нормы, потому что они больны, и заболевание это называется «алкоголизм».

То, что я называю алкоголизмом заболеванием, при котором человек “не может” пить в пределах нормы, возможно, покажется странным читателю, знакомому с моими работами, моими книгами и теоретическими разработками Терапии нового решения. Те из вас, кто участвовал в наших с Мэри мастерских в Маунт Мадонна, или побывал на одном из семинаров или воркшопов, которые мы регулярно проводим по всему миру, знают, что я твердо верю в утверждение: “сила — в пациенте”. Есть немного случаев, в которых я признаю легитимность и оправданность слов “я не могу”. Потому что я считаю, что мы слишком часто отказываемся от своей свободы и слишком быстро перекаладываем ответственность на других из-за тех понятий, которые были в нас вложены в детстве, или из-за тех ранних решений, которые мы принимали, будучи детьми. В результате мы отдаем власть и радость жизни в обмен на спокойствие и безмятежность прошлого. Для меня слова “я не могу” обычно означают “я не буду”. Люди, которые слишком часто употребляют слова “не могу”, “нужно” и “попробую”, заставляют меня насторожиться в отношении их мотивации в терапии. Вследствие этого, я слежу за ними, пытаюсь определить, когда они попытаются манипулировать мною и мошенничать. Я стараюсь научить их превратить “не могу” в “не буду”, их нужды в их желания, и пытаюсь помочь им понять, что их “постараюсь” является лишь отказом от своего потенциала и силы в качестве ответственной и жизнерадостной личности. Тем не менее, я верю в то, что алкоголики «не могут» пить, и это является очень важным исключением в вербальных играх, в которые большинство людей играет в рамках терапии. Для того, чтобы достичь успеха в лечении, необходимо работать напрямую с пониманием того, что “я не могу пить”, и с отрицанием со стороны алкоголика.

Признание “я не могу” для алкоголиков является ключевым аспектом в их лечении, поскольку алкоголики страдают от биологической патологии, которая не позволяет им пить в социально приемлемой форме. Многочисленные исследования четко продемонстрировали, что генетика играет важнейшую роль в возникновении заболевания, поскольку было обнаружено, что алкоголизм — заболевание наследственное. Дети, рожденные родителями-алкоголиками, а затем отделенные от них и воспитанные в совершенно других условиях, гораздо больше подвержены риску стать алкоголиками, чем дети, чьи родители алкоголиками не являются. Последние биологические исследования раскрыли множество связей, существующих между генетикой, биохимическими патологиями и алкоголизмом.

Личность аддиктивного индивида, его генетические особенности, конституциональная сопротивляемость заболеванию и многие переменные окружающей среды (вместе со многими другими влияющими факторами, о которых я не упомянул), могут вызвать возникновение заболевания в бесконечном разнообразии форм. В связи с огромной изменчивостью заболевания, а также, зачастую, в связи с тем, что наблюдатели бывают плохо информированы и наивны в своих представлениях, аддикция часто остается нераспознанной, правильный диагноз не ставится, и болезнь не лечится. Течение аддикции обычно очень постепенно и прогрессивно, и незаметные изменения в личности обычно приписываются другим причинам и воздействиям, а не употреблению химических веществ.

Изменения обычно заканчиваются необъяснимыми искажениями ранее усвоенных ценностей и социального поведения. Зачастую нарушается способность достигать чего-либо в частной жизни или профессиональной деятельности, что в результате приводит к раздражению, гневу и разочарованию. К сожалению, эффекты аддикции очень часто выявляются только во время вскрытия, когда, наконец, становится очевидным воздействие вещества на сердце, мозг и печень.

Из-за прогрессивной и коварной природы алкоголизма, распознавание болезни и прорыв отрицания является крайне важным моментом, что и провозглашает организация Анонимных Алкоголиков. Первые три ступени программы АА посвящены именно этому аспекту: (1). Мы признаем, что мы бессильны перед алкоголем, что наши жизни стали неуправляемыми. (2). Мы поверили в то, что Сила, которая больше нас самих, может вернуть нам здравый смысл. (3). Мы приняли решение вверить нашу волю и наши жизни Богу, как мы Его понимаем. И, как я уже говорил в других работах, я верю в то, что вторая и третья ступени являются в действительности Новыми Решениями (в терминах Терапии Нового Решения), потому, что они требуют от Свободного Ребенка алкоголика акта веры. Стимуляция и развитие Нового решения алкоголика не пить (“Я не могу пить”) становится самым важным терапевтическим событием, которого можно достичь в лечении. Сила группы конфронтировать отрицание алкоголика и поддерживать его Новое решение не пить делает групповую терапию таким важным компонентом процесса выздоровления. Эта книга обращается к обоим критическим терапевтическим аспектам лечения зависимости. Прежде всего, мы помещаем алкоголизм в область парадигмы заболевания и определяем важность требования сохранять трезвость, если алкоголик хочет добиться каких-либо изменений в саморазрушительном жизненном сценарии. Во-вторых, автор показывает, как достижение трезвости и поддержание Нового решения (“я не могу пить”) достигается в рамках групповой терапии. Новое решение не пить (“Я не могу пить, потому что я — алкоголик”) требует тщательного наблюдения, потому что власть физической и психологической зависимости алкоголика велика и всеобъемлюща.

Групповая терапия может быть возбуждающим приключением, и я верю, так же, как и АА, что люди способны изменяться. Люди (не только алкоголики) могут меняться, если терапевт поможет им вылечить себя. Мэри и я пытаемся объяснить своим пациентам, как они сами себя омертвили — сделали себя депрессивными, фобичными или тревожными — и при этом побуждаем и разрешаем им вместо всего этого наслаждаться жизнью. Пьющий алкоголик не может этого добиться, если он сначала не перестанет пить и не прекратит использование химических препаратов. Новое решение алкоголика не пить — это новое путешествие, которое одновременно пугает и возбуждает. Это движение можно стимулировать и поощрять ощущением идентификации, поддержки и принадлежности, которое рождается в терапевтических группах и в АА. Поскольку в начале выздоровления алкоголикам нужна поддержка, групповая терапия и АА могут удовлетворить их нужду в принадлежности, при этом позволяя им регулировать и устанавливать свой собственный темп и степень своей вовлеченности в процесс выздоровления. На ранних стадиях лечения алкоголику бывает легче помещать себя в зависимую позицию среди тех, с кем он может идентифицироваться и чувствовать себя комфортно. В итоге алкоголик должен взять на себя ответственность за собственную трезвость, не полагаясь на других; но группа способна обеспечить ему структуру для этого, пока он сам не решит, что готов пройти через этот переходный период. В этой книге настоятельно подчеркивается, что выздоровление — зависящий от времени процесс, в котором начальные стадии лечения отличаются от более поздних. После того, как преодолено отрицание и достигнута абстиненция, терапевтическая группа может быть использована для того, чтобы разобраться с потоком эмоций, которые обычно проявляются в первые месяцы абстиненции. Автор демонстрирует возможности использования группы на более поздних стадиях выздоровления для исследования того, как жизненные сценарии и игры помогают алкоголику поддерживать свою психологическую зависимость от алкоголя. Эта книга рассматривает различные варианты, при которых неизменные, неизлеченные и неисследованные психологические факторы могут вести к рецидиву. Жизненный сценарий алкоголика не во всех случаях является решающим фактором, но связанные с ним игры, мошенничества и повторяющиеся паттерны могут привести к возобновлению отрицания и возвращению к аддиктивному употреблению химикатов.

К сожалению, многие терапевты придерживаются ошибочного допущения о том, что если бы только алкоголики лучше умели выражать свои чувства, их можно было бы вылечить. Я уже упоминал ранее, что еще не видел излечения, которое произошло бы только благодаря фасилитации выражения чувств. Те, кто знакомы с моей работой в рамках гештальт-терапии и в моей совместной деятельности с Фрицем Перлзом и Джимом Симкином, знают, что я не из тех, кто шарахается от выражения чувств. Тем не менее, сначала необходимо добиться прекращения приема алкоголя. Затем алкоголик должен понять и признать серьезность своих проблем (что требует Нового решения Свободного Ребенка). Затем необходимо установить надежный групповой терапевтический формат, который позволит изменить разрушительные жизненные сценарии, конфронтировать «выгоды» и стимулировать позитивные изменения. Все эти разумные принципы лечения тщательно описаны в данной книге. Я надеюсь, что все читатели найдут книгу полезной для понимания аддикции и смогут использовать ее в лечении химически зависимых пациентов. Поскольку эта работа демонстрирует, каким образом аддикцию можно лечить в рамках групповой терапии, я считаю, что она поистине бесценна для тех, кто не имеет глубоких знаний о зависимости или не информирован в области групповой терапии. Оба этих важных аспекта, объединяясь, дополняют друг друга, будучи изложенными в кратко и ясно. Роберт Гулдинг, Доктор Медицины. Член Совета Американской Ассоциации групповой терапии. Сопредседатель Западного Института групповой и семейной терапии. Бывший Президент Американской Академии психотерапевтов.

Введение

Перед вами — книга, которая выполняет задачу интеграции двух отстоящих далеко друг от друга тем — алкоголизма и группового лечения. Доктор Флорес проделал кропотливую работу по стыковке объективных характеристик группы и, как кажется, самой эндемичной патологии нашего времени. Практиков, знакомых с групповым подходом и замечательной деятельностью Анонимных Алкоголиков (АА), чрезвычайно озадачивает то, что групповая терапия еще не является лечением выбора (treatment of choice) в случае любой оральной аддиктивной патологии. Сейчас групповая терапия признается все большим числом групповых теоретиков и практиков методом выбора как для аддикций, так и для сопутствующей им патологии характера. Поскольку групповой метод в течение многих лет полностью основывался на индивидуальном методе лечения, было сделано заключение, что между эффектами индивидуальной и групповой терапии мало разницы. Единственной причиной рекомендаций в пользу группы было то, что это дешевле, и можно лечить многих пациентов одновременно. Но группа обычно рассматривалась скорее как социальное приложение, чем как жизнеспособный терапевтический инструмент в своем собственном праве. Что мы обнаружили за последние двадцать лет при новых исследованиях группового лечения, так это то, что это, очевидно, не так. Факты говорят о том, что хорошо проведенная группа в сочетании с АА значительным образом повышает эффективность лечения аддиктивной популяции. Доктор Флорес посвятил огромное количество времени и сил описанию того, как эти различные подходы могут быть мягко интегрированы в одном взаимодополняющем лечебном усилении. Доктор Флорес подчеркивает, что модели болезни (disease model) и душевного здоровья (mental health model) не настолько различны, как считают многие. Они тесно связаны, и занять позицию на одной стороне значило бы предпринять неуклюжую попытку разделить два подхода, которые могут внести большой вклад в объединенный взгляд. Одним из важных достижений этой книги является демонстрация того, как различные способы определять и лечить аддикцию могут эффективно применяться в формате групповой терапии.

Доктор Флорес продолжает и развивает работу одного из самых популярных писателей на тему групповой терапии — Ирвина Ялома. Новые дополнения открытий д-ра Ялома сделали его оригинальный вклад заметно более эффективным. На всем протяжении своей книги доктор Флорес использует новые открытия, чтобы объяснить и расширить модель Ялома. Он показывает, как общая модель может адаптироваться и более эффективно применяться в рассматриваемой популяции. Д-р Флорес предлагает специфические изменения и специальные дополнения к технике, чтобы она соответствовала уникальным проблемам аддиктов. Он уделяет особое внимание начальным стадиям лечения аддиктивной личности и описывает нужные для этого инструменты. После того, как первоначальные сопротивления будут разрешены, практик легко сможет применить более свежие разработки в области группового лечения.

Доктор Флорес представляет убедительные доказательства того, что именно неспособность алкоголиков и аддиктов устанавливать и поддерживать здоровые межличностные отношения вносит свой вклад не только в их аддикцию, но также и в их трудности в поддержании трезвости и абстиненции. На поздних стадиях лечения аддикций, по мнению доктора Флореса, современные взгляды и рекомендации по групповой терапии были бы особенно полезны. Следует также упомянуть некоторые новые шаги в развитии, которые были сделаны после 1975 года, когда была опубликована оригинальная книга доктора Ялома.

Адаптация современных подходов

Чтобы начать понимать, какую пользу могут принести современные групповые подходы для лечения обсуждаемой популяции, важно отметить, что вся современная групповая терапия нацелена на преодоление препятствий участников к тому, чтобы говорить что-то новое и устанавливать новые отношения. Множество вновь введенных техник повысили эффективность этой модальности — таковы наведение мостов, фокус на непосредственности, установление наблюдающего эго, развитие изолирующего барьера и акцентирование эмоциональной коммуникации. По паре слов о каждой из них.

Наведение мостов (bridging)

Искушенные ведущие используют наведение мостов с аддиктивными личностями, чтобы растопить барьеры изоляции. Вместо того, чтобы самим приближаться к замкнутому человеку, они используют косвенный подход, связывая других участников с недоступным пациентом, более склонным отвечать на воздействие товарищей, чем авторитетов. Существует множество типов наведения мостов. Общим является то, что ведущий ищет участника, разделяющего некий аспект (поведенческий или иной) того человека, которого он хочет включить в групповой процесс, и связывает этих двух участников. При реактивном наведении мостов ведущие спрашивают участника, держащегося в стороне, как то, что говорит другой, пересекается с его опытом, и т.д.

Фокус на непосредственности (focusing on immediacy)

Доктор Флорес использует понятие “непосредственности”, которую доктор Ялом называет “здесь и сейчас”. Терапевты выявили и выделили несколько типов сопротивления непосредственности. Эти сопротивления вызываются тем, что человек в настоящем ощущает сигналы тревоги, которую вызывает угроза близости, опасность быть поглощенным, отвергнутым и пережить агрессию или другие формы неприемлемых реакций и чувств. Многие люди избегают непосредственно происходящего путем предъявления проблем.

Они не должны строить отношения с людьми, сидящими напротив, на основе отдачи и получения. Они просто предъявляют свои проблемы группе, ожидая волшебных ответов. Другим приспособлением для избегания непосредственности является бегство во времени. Это может быть непосредственное прошлое, недавнее прошлое и отдаленное прошлое, а также будущее — фантазии, обещания, описание страхов. Группа, в которой сопротивления непосредственности разрешены — это группа, полная жизни.

Установление наблюдающего эго (establishing the observing ego)

Недавно было отмечено, что у каждого члена группы имеется (не важно, насколько узкая или маленькая) свободная от конфликта часть аппарата восприятия, которая видит вещи такими, каковы они в реальности — не искаженно. В группе всегда есть люди, имеющие свободное от конфликтов восприятие того, что происходит.

Терапевты научились использовать этих людей, чтобы описать участникам, запутавшимся в сетях своей истории, что они делают и как создают свой нынешний мир. Такие участники служат переходным наблюдающим эго. То, что они ясно видят сейчас, поможет членам группы научиться ясно увидеть себя позже. Чем больше участники могут наблюдать за тем, как они функционируют, не пытаясь изменить это, тем большую власть должна получать свободная часть их личности, хотя темп этих преобразований будет своим для каждого человека.

Развитие изолирующего барьера (developing the insulation barrier)

Одной из характеристик оральных аддиктивных личностей является их нежная и легко проницаемая психическая «кожа». Стимулы, направленные на этих людей (возможно, токсические и отражаемые обладателями более прочной кожи), находят легкий доступ к их эго и наносят тяжелые раны. Они не могут сопротивляться искушению, не могут обуздать собственные аппетиты и отличить то, что для них хорошо, от того, что плохо. Они всегда уязвимы. На опыте ведения групп терапевты научились усиливать и утолщать этот изолирующий барьер, чтобы участники могли с большим успехом отделять от себя то, что вредно для их функционирования и самоощущения (чувства Я).

Акцентирование эмоциональной коммуникации

Одна из самых важных технических операций, которую может применить ведущий современной группы — это удержание группы на эмоциональном уровне. Мелани Кляйн (Melanie Klein), Хайман Спотниц (Hyman Spotnitz) и другие указывали, что характер формируется во время преедипального периода (от рождения до трех с половиной — четырех лет). Большая часть структуры характера закладывается в эти ранние годы, когда аудиации, мысли и когнитивные вербальные коммуникации мало реальны. То, что оказывает воздействие и оформляет характер — это импульсы и чувства. Импульсы — это примитивная форма коммуникации. Эмоции — очищенные импульсы. Импульсы и эмоции доминируют в ребенке, пока он не научится говорить. Таким образом, все аддиктивные проблемы коренятся в самых ранних периодах развития, когда эмоции были доминирующим фокусом общения. Работая с группой только на эмоциональном уровне, мы возрождаем тот формирующий период жизни. Именно здесь, в этом котле, и произойдут те изменения характера и личности, которые повлияют на аддикцию.

Таковы несколько технических инноваций, которые приобрели популярность, став частью арсенала современного группового терапевта. Произошли также и изменения в окружении, оказавшиеся исключительно эффективными — например, возникла комбинация группового лечения с АА. Другая комбинация — группового и индивидуального лечения — носит название объединенной (conjoint) терапии; в этом случае каждый человек с аддиктивными проблемами должен раз в неделю посещать группу и раз в неделю — индивидуального терапевта (не того, который ведет группу). При этом один из терапевтов может подметить пропущенное другим. Группа служит хором, рычагом и имеющим много измерений поддерживающим окружением (holding environment).

Доктор Флорес достиг синтеза множества различных инноваций в лечении одного из наиболее важных сегментов нашего общества. То, как он ловко использует эти понятия и концепции, выделяет данную работу из массы литературы в рассматриваемой области. Он знает, что делает, и может объяснить это. Люди, работающие в данной области, очевидным образом вносят один из самых важных вкладов в нашу культуру. Любой полезный инструмент, который можно дать им в руки, следует приветствовать и вознаграждать.

Луис Р. Ормонт, Доктор философии.

Глава 1. Введение в групповую психотерапию и теорию аддикции.

В последние тридцать лет произошли заметные и драматические изменения в понимании аддикции и в ее лечении. Главное из этих изменений — применение групповой психотерапии в качестве важного (если не важнейшего и решающего) компонента лечебных программ для алкоголиков и других лиц, злоупотребляющих химическими веществами. Однако, кроме этого важного шага, огромное влияние на способы лечения аддиктивных расстройств оказало признание и принятие аддикции в качестве болезни и первичного расстройства, к которому нужно обращаться в первую очередь. Зависимость от веществ (будь то алкоголь или что-нибудь другое) больше не рассматривается как симптом более серьезного и главного расстройства. Скорее, прекращение химической зависимости рассматривается как первое условие, которое должно быть выполнено для того, чтобы в лечении был достигнут какой-то прогресс. Абстиненция от любых веществ становится первой целью процесса выздоровления. Другими словами, наркоманы и алкоголики не могут воспользоваться преимуществами психотерапии до тех пор, пока не прекратят употребление веществ. Это утверждение не только узаконило лечение аддикции и создало философию лечения, совершенно независимую от более классических и традиционных подходов к психологическим затруднениям, но также и поставило вопрос о том, является ли аддикция чисто психологическим феноменом. Концепция болезни также поддержала сторону Анонимных Алкоголиков (АА) в извечном споре — а именно ту точку зрения, что аддикция является болезнью, и полное воздержание (первый шаг Двенадцатишаговой программы АА) совершенно необходимо для того, чтобы лечение аддикции было успешным.

До этого изменения в философии лечения причинами аддикции обычно считались интрапсихические конфликты и внутри-личностные динамики. Однако, концепция болезни полностью перевернула это мнение. Депрессия, тревога и патология характера теперь рассматриваются как симптомы — результаты, а не причины — аддикции. Специалисты по аддикции обнаружили, что как только им удается добиться воздержания своего пациента — алкоголика или наркомана, так эти симптомы в большинстве случаев или полностью исчезают, или, по крайней мере, очень сильно ослабевают. В своем классическом лонгитюдном исследовании Вэйлант и Милофски (Vaillant и Milofsky) поставили последнюю точку в споре конца 1970-х о контролируемом употреблении: «Таким образом, этиологические гипотезы, которые рассматривали алкоголизм в первую очередь как симптом психологической нестабильности, могут быть иллюзией, основанной на ретроспективном методе исследования». (1982, стр. 494). Следовательно, Вэйлант и Милофски подтвердили то, что сообщество АА и специалисты в области лечения зависимости знали уже много лет. Вэйлант выразил это лучше всего, написав позже: «Проспективные исследования постепенно открывают психиатрам глаза на тот удивительный факт, что большая часть психопатологии, наблюдаемой у алкоголиков, является результатом, а не причиной злоупотребления алкоголем. Другими словами, алкоголизм — это лошадь, а не повозка душевного заболевания» (1983, стр. 317).

Кроме того, что лечение аддикций было узаконено, аддикция была признана одной из наиболее заметных и главных проблем здравоохранения в США. Раньше лечение аддикции было доступно только в рамках АА, других двенадцатишаговых программ (Анонимные Кокаинисты, Анонимные Наркоманы и т.п.), или в редких безвестных больницах или лечебных программах на окраинах страны. Сейчас трудно найти крупную станцию метрополитена, рядом с которой не было бы хотя бы одного госпиталя или амбулаторной программы, специализирующейся на лечении зависимостей. Рост потребности в лечении — прямой результат роста употребления алкоголя и других веществ в современной нам культуре. Самый главный провоцирующий фактор аддикции — доступность вещества. Таким образом, не важно, насколько терпимую позицию по отношению к аддиктивным практикам занимает общество, или насколько сильно личностная или генетическая предрасположенность. Никто не может стать зависимым от вещества, не имея доступа к нему. Тридцать лет назад лечение аддикций было гораздо менее сложным. Зависимому человеку давали инструкцию прекратить пить, в случае необходимости проводили детоксикацию и отправляли его на встречу общества Анонимных Алкоголиков. Теперь трудно встретить алкоголика, особенно если он младше 30 лет, который не злоупотреблял бы и несколькими другими веществами. Кросс-аддикции (прекращение употребления одного вещества, чтобы немедленно «подсесть» на другое) — обычное дело для большинства наркоманов и алкоголиков. Термин “poly-drug abuser” («злоупотребляющий несколькими веществами») стал более чем обычным диагнозом. Теперь стало необходимым спрашивать, каков «наркотик выбора» данного зависимого лица. Конечно, наступление наркомании в нашей культуре усложняет картину диагностики и лечения.

Рост употребления приводит также к повышению спроса на эффективное лечение химической зависимости. Вследствие этого, групповая психотерапия также увеличила свою популярность и стала методом выбора для всех видов химической зависимости и расстройств, связанных со злоупотреблением веществами. Изначально увеличение использования групповой психотерапии, возможно, частично диктовалось финансовой эффективностью группового лечения и влиянием группового формата Анонимных Алкоголиков и их двенадцатишаговой программы. Тем не менее, большинство профессионалов, работающих с химически зависимыми лицами на долгосрочной основе (Khantzian, Halliday и McAuliffe, 1990; Flores, 1993; Flores и Mahon, 1993; Vannicelli, 1992; S. Broun, 1985; Broun и Yalom, 1977; Washton, 1992; Matano и Yalom, 1991) сегодня согласны в том, что есть гораздо более важные причины для того, чтобы групповая терапия была существенным и решающим ингредиентом в лечении аддикций. Эти причины связаны с большим количеством важных факторов, включая (но не ограничиваясь ею) природу самого аддиктивного процесса, который сам порождает или усложняет депрессию, тревогу, изоляцию, отрицание, стыд, преходящие когнитивные расстройства и патологии характера.

Ныне признано, что многие из этих проблем (является личность аддиктивной или нет) лучше поддаются групповому лечению, чем индивидуальной терапии. Также возросло признание особых преимуществ групповой терапии, и теперь она не рассматривается как второстепенная или низшая форма лечения. В ней теперь видят источник мощных целительных сил, которые, как правило, недоступны пациенту, проходящему индивидуальную терапию. В руках квалифицированного и хорошо обученного ведущего эти силы могут быть мобилизованы и использованы таким образом, который обеспечит индивиду живой и уникальный терапевтический опыт, который в индивидуальной терапии невозможен.

Возросшее признание и принятие групповой терапии как законной и полноправной формы лечения, дополненное нарастающим ростом злоупотребления веществами в нашей культуре, привело к возрастанию спроса на профессионалов (с ученой степенью или без таковой), способных вести группы зависимых пациентов. Этот повышенный спрос часто приводил к участию в работе ведущих, не имеющих достаточной подготовки в области групповой терапии, которые, в силу этого, нередко использовали терапевтические модели, не подходящие зависимым пациентам. Поскольку групповая терапия стала важным и развитым компонентом (если не самым критическим элементом) как стационарных, так и амбулаторных лечебных программ, а также постлечебных ("after care") программ и профилактики рецидива, постольку крайне важно выделить и установить практичную и эффективную модель групповой терапии, позволяющую использовать весь ее богатый потенциал.

Специфическое применение групповой терапии к химической зависимости

Так или иначе, следует более подробно рассмотреть сложные вопросы об эффективности групповой психотерапии для наркоманов и алкоголиков, и дать на них точные ответы. В самом деле, почему групповая терапия является таким эффективным способом лечения для них? Часть ответа на этот вопрос кроется в типичном защитном стиле поведения зависимых пациентов. Этот характерологический стиль включает в себя позицию, которую обычно называют отрицанием. В самом деле, алкоголизм часто называют болезнью отрицания. Тем не менее, химически зависимый пациент обычно демонстрирует гораздо более широкий спектр защитных механизмов, и ведущий группы должен иметь четкое представление о защитном процессе каждого участника, если он намерен помочь им получить пользу от лечения. Джон Уоллес (John Wallace, 1978) затрагивает этот важный вопрос в своем содержательном очерке о защитном стиле алкоголиков, и упоминает подобные характерологические черты в качестве предпочтительной для них защитной системы. Khantzian, Halliday, nMcAuliff (1990), Krystal nRaskin (1993), Flores и Mahon (1993) основываются на более ранней (1977) гипотезе Кохута, считающего аддикцию расстройством самости ("self", или Я). В последующих главах я покажу, каким образом групповая терапия помогает прорваться через избранную алкоголиком систему защиты и построенную им стену отрицания, работая с расстройством его или ее самости. Характеристики типичного пациента-аддикта с точки зрения психологии самости и теории объектных отношений подробно рассматриваются в Главе 6. На данный момент важно заметить, что тема групповой психотерапии и преимущества, которые группа обеспечивает в деле конфронтации и изменения защитного стиля алкоголика, будут рассматриваться в каждой главе данной работы.

Несмотря на особые соображения, которые необходимо иметь в виду при оказании помощи пациенту с патологической зависимостью, существуют и другие важные преимущества групповой психотерапии, не относящиеся исключительно к аддиктам. В рамках групповой психотерапии проявляется феномен, который не может быть объяснен только с точки зрения психологии или помещен в четкие психологические рамки. Глава 7 представляет альтернативный взгляд на эти особенности с феноменологической, экзистенциальной и антропологической точек зрения. Глава 15 говорит в основном о психологических аспектах целительного процесса в группе и исследует способы, с помощью которых группа играет свою сложную роль в лечении и прекращении аддикции. Но существуют и другие важные причины эффективности групп и их влияния на жизнь людей. Важность этого влияния можно понять, рассмотрев групповую психотерапию в антропологическом разрезе. Например, Джером Франк (Jerome Frank) написал потрясающую книгу (1962), в которой он изобретательно провел параллели между ритуалами целительства в примитивных культурах и подобными же ритуалами в практике современной западной медицины, играющими такую же роль в лечении и уходе за больным. Исследуя различные аспекты целительства в культурном разрезе, Франк убедительно доказывает, что группа представляет собой мощную целительную силу, поскольку она исключает изоляцию и деморализацию, которые, на взгляд этого исследователя, являются центральными причинами обращения за помощью психиатра в нашем обществе. С точки зрения антропологии, Франк видит много преимуществ и положительных сторон групповой психотерапии по сравнению с индивидуальной. Роль, которую культура и общество играют в возникновении зависимости и ее последующем лечении, выходит за рамки данной работы. Тем не менее, на данном этапе важно заметить, что химически зависимый человек лучше отзывается на групповую терапию, поскольку культурные и общественные силы, стимулирующие зависимость, могут быть использованы группой для того, чтобы исцелить и исправить те проблемы, которые были порождены этими самыми силами. Эттин (Ettin, 1988) писал об этом так: «Толпой они были сломлены, толпой они будут и исцелены». Следовательно, как в общих чертах описывает Франк, группа предоставляет участникам множество преимуществ по сравнению с индивидуальным лечением. Эмпирические исследования этих преимуществ весьма многочисленны. В обзорной статье, посвященной эффективности групповой психотерапии, Аллен (Allen, 1990) цитирует бесчисленные работы, приводящие его к выводу, что «эффективность групп не может быть оспорена».

В другом обширном обзоре эффективности групповых форм лечения Диес (Dies, 1992b) утверждает, что после четырех десятилетий эмпирических исследований «разница в результативности индивидуальной и групповой форм лечения относительно невелика». Он делает вывод, что перед лицом все возрастающего давления в сторону уменьшения стоимости психотерапии, методом выбора станет групповая терапия.

Специальные исследования эффективности групповой психотерапии химической зависимости до недавнего времени были ограниченными, а порой анекдотичными или сомнительными. Обзор текущих работ будет представлен в Главе 12. Сейчас достаточно будет сказать, что в последние 10 лет вышло множество книг и статей по этому поводу, и было достигнуто удивительное согласие исследователей и практиков, регулярно работающих с зависимыми пациентами в формате групповой терапии (Khantzian, Halliday, и McAuliffe, 1990; Vannicelli, 1992; Flores и Mahon, 1993; Matano и Yalom, 1991). Их рекомендации будут подробно исследованы и представлены в Главах 3, 4 и 5. Использование групповой терапии было с энтузиазмом рекомендовано, поддержано и применялось и до этих публикаций, хотя систематических, хорошо организованных или ясно определенных резонансов для ее применения не существовало.

Тем не менее, несмотря на предпочтительность групповой психотерапии в лечении зависимости и на ее очевидную эффективность, эта тенденция встретила препятствие в виде популярного ошибочного мнения, состоящего в том, что групповая терапия с зависимыми пациентами не требует специально обученных ведущих, поскольку группы могут позаботиться о себе сами. Для того, чтобы групповая терапия полностью реализовала свой потенциал, необходимо особое понимание группового процесса и динамики группы, а также опыт ведения подобных групп. Слишком часто руководить психотерапевтической группой бывают вынуждены терапевты, обученные лишь основам групповой терапии или обладающие опытом лечения пациентов без патологической зависимости. Подобным образом, многие консультанты по алкоголизму, хорошо осведомленные о проблемах зависимости и процессе заболевания на собственном опыте, зачастую оказываются в роли ведущего группы, не получив формального образования в данной области. Поскольку групповая психотерапия в том виде, в котором она должна применяться, очень сложна, а также поскольку зависимые пациенты ставят перед ведущим группы особые и уникальные проблемы, работа с этой частью населения требует ряда определенных профессиональных навыков. Многие группы, ведущие которых не были обучены или были обучены плохо, не реализовали свой потенциал, или даже, в некоторых случаях, оказывали негативное воздействие на процесс выздоровления пациента.

Совершенно очевидно, что необходимо обучать и тренировать потенциальных групповых терапевтов, которые ведут сейчас и будут вести впоследствии группы химически зависимых пациентов. Это необходимо потому, что такая работа представляет собой огромную трудность для большинства психотерапевтов. Не имеет значения, является ли сам терапевт излечившимся наркоманом или алкоголиком, или он прошел более традиционный курс академического обучения. В любом случае, проблема обычно кроется в двух связанных факторах: или таким терапевтам не хватает обучения методам групповой психотерапии, или их обучили такой ее модели, которая не подходит химически зависимым пациентам.

К сожалению, большинство современных подходов к групповой психотерапии не принимает во внимание специфических характеристик этой популяции, а также те особые проблемы, которые они ставят перед терапевтом. Поэтому ведущие часто пытаются найти более совершенное руководство, лучшие методы обучения и более практические рекомендации для эффективного управления группами, состоящими из зависимых лиц. Эти затруднения усугубляются тем широко известным фактом, что групповая терапия обычно является неотъемлемой частью лечения алкоголика или наркомана, как в условиях стационара, так амбулаторного. В связи с этим ведущие групп зачастую оказываются в ситуации, когда им остается либо научиться «плавать», либо «утонуть». Многие из них смогли творчески подойти к этой ситуации и адаптировать те навыки, которые они приобрели, занимаясь индивидуальной психотерапией. Тем не менее, то, что зачастую выдается за групповую психотерапию, есть не что иное, как индивидуальная терапия в группе. Терапевты также обнаруживают, что принципы, которые вполне эффективны в индивидуальной работе, совершенно неадекватны для групповой. Ведущий должен быть хорошо знаком с основными проблемами, возникающими в группе, иначе он окажется в водах, полных предательских подводных течений.

Многие групповые терапевты в такой ситуации прибегают к процедурам, которые они интуитивно позаимствовали из программы Анонимных Алкоголиков. Я ни в коем случае не хочу сказать, что принципы АА неадекватны. Напротив, для многих лиц освобождение от зависимости зачастую невозможно без их применения. Поэтому в нашей стране большинство успешных лечебных программ требуют, чтобы посещение занятий АА было обязательной частью процесса лечения. Тем не менее, АА — это не групповая терапия, и эти два способа лечения не следует путать. С другой стороны, групповая психотерапия — это не программа АА, и ее никогда нельзя применять вместо данной программы. Как АА, так и групповая психотерапия представляют собой значительные взаимодополняющие компоненты процесса лечения, и в руках опытного врача последняя может быть очень важным инструментом воздействия. Анонимные Алкоголики будут поддерживать химически зависимого пациента в трезвости, учить его навыкам межличностного общения и развивать его духовную сущность, а группа ускорит этот процесс, предоставив больному возможность понять и исследовать эмоциональные конфликты, вторичные по отношению к его зависимости.

Хотя групповая психотерапия является важной терапевтической модальностью в большинстве современных амбулаторных и стационарных программ лечения зависимых пациентов, она основывается в основном на практике амбулаторной психотерапии неаддиктивных пациентов.

Поэтому теоретические и практические соображения, лежащие в ее основе, не всегда применимы к аддиктам. Даже Ялом (Yalom, 1975) предложил исключить из рассмотрения алкоголиков и пациентов с расстройствами характера, поскольку они являются неподходящими кандидатами для этого способа лечения. Следовательно, общепринятые принципы групповой психотерапии должны быть изменены для того, чтобы соответствовать нуждам лечения зависимого лица. Проблема еще усложняется тем, что большинство зависимых пациентов, так же как и лечебный персонал, зачастую путаются в различных типах групповой терапии. Например, существуют группы Анонимных Алкоголиков, группы работы по шагам (step-work groups), дискуссионные, обучающие группы, группы выздоравливающих (постлечебные), группы поддержки — и это всего лишь несколько примеров. Также важно принимать во внимание фактор времени. То, что ведущий группы делает с пациентами на занятиях групповой психотерапией в стационаре в первые несколько дней лечения, значительно отличается от того, что тот же самый групповой психотерапевт будет делать с тем же самым выздоравливающим пациентом, который сохраняет трезвость уже в течение шести месяцев и посещает группу выздоравливающих (aftercare group).

Таким образом, цель этой книги состоит в исследовании и представлении вниманию читателя систематической модели групповой психотерапии, описанной и применяемой ведущими теоретиками в области групповой психотерапии и терапии зависимостей (Yalom, 1975; Brown & Yalom, 1977; Wallace, 1978; Vanicelli, 1992; Khantzian, Halliday и McAuliffe, 1990; Washton, 1992; Vannecelli, 1988; Flores и Mahon, 1993). В данной книге мы попытались описать испытанные стратегии и высказать соображения по совершенствованию лечения химически зависимых пациентов, обеспечивая понимание специфических проблем, которые они приносят на групповую психотерапию. Хотя последняя давно стала необходимым компонентом лечебных программ, ориентация групп очень разнообразна в зависимости от обстановки. Тем не менее, большинство профессионалов, которые постоянно работают с алкоголиками и наркоманами, согласны в том, что абстиненция является необходимым первым шагом лечения. Как только она достигнута, общее мнение склоняется к тому, что групповая терапия предоставляет аддикту уникальную возможность узнать себя и свою зависимость.

Уоштон (Washton, 1992) резюмирует некоторые преимущества групповой терапии:

- Взаимная идентификация и принятие других людей, также столкнувшихся с подобными проблемами;
- Позитивное ролевое моделирование для абстиненции, проверка реальности всего того, что касается приема вещества. Зависимый человек имеет возможность осознать собственные установки в отношении аддикции и те защиты, которые не дают ему отказаться от алкоголя и наркотиков. Это обеспечивается столкновением с подобными же установками и защитами у других пациентов;
- Конфронтация, непосредственная обратная связь и позитивное товарищеское давление в пользу воздержания;
- Аффiliation, сплоченность, социальная поддержка в период обучения более прямому выражению своих чувств.
- Структура, дисциплина и ограничения, возможность учиться на опыте и обмениваться фактической информацией о выздоровлении и употреблении веществ;
- Вселение надежды, вдохновение, наличие общих целей и идей.

Работая в течение последних десяти лет групповым психотерапевтом, консультантом и инструктором, я имел возможность руководить и работать со многими терапевтическими группами, как в амбулаторных, так и в стационарных условиях, и в общественном, и в частном секторе. Я принимал участие в проекте, направленном на адаптацию принципов групповой психотерапии для аддиктивных пациентов. Трудно переоценить важность такого начинания, в особенности ввиду двух одновременно возникших (хотя и не обязательно взаимосвязанных) тенденций в современном лечении зависимостей. Прежде всего, это все более широкое использование самих выздоравливающих пациентов в качестве источника профессионально обученного персонала. Второй момент — тенденция большинства лечебных программ включать в себя групповую психотерапию в качестве неотъемлемого компонента лечения.

К сожалению, многие профессионалы из академических кругов не прошли достаточного обучения ни в области групповой психотерапии, ни в области лечения зависимостей. Без сомнения, большинству из них никогда не объясняли принципов групповой психотерапии зависимостей. Таким образом, необходимо определить ряд теоретических и практических положений, которые разработаны специально для нужд зависимых пациентов в условиях групповой психотерапии.

Концепция болезни и групповая психотерапия

Если вы считаете аддикцию болезнью, то это убеждение влияет на то, как вы, будучи групповым психотерапевтом, подходите к лечению и проводите сессии с группами зависимых пациентов. Модель болезни требует, чтобы вы рассматривали аддикцию как первичное расстройство, которое нельзя вылечить, а можно лишь приостановить. Более того, эта модель требует, чтобы специалисты относились к зависимости от алкоголя и наркотиков как к одному из многих хронических заболеваний, наряду с болезнями сердца или диабетом.

Поскольку хронические заболевания склонны рецидивировать, они требуют постоянного наблюдения за стилем жизни больного и изменения его поведенческих привычек, чтобы снизить риск рецидива. То, что мы признаем зависимостью болезнью, означает, что мы рассматриваем это состояние как физическое заболевание, а не вторичный признак или симптом какого-либо основного умственного или эмоционального расстройства. Групповая психотерапия направлена не на выявление психологической патологии, но нацелена на идентификацию защитных механизмов и характерологических изъянов, которые препятствуют абстиненции и выздоровлению. Неспособность справляться с неприятными чувствами и аффектами, вызванными межличностными конфликтами, являются одинаково важными компонентами этого процесса. Групповая психотерапия должна использоваться для укрепления решимости пациента следовать принципам Анонимных Алкоголиков, и при этом она позволяет более тщательно исследовать те трудности, которые выздоравливающий пациент испытывает в межличностных взаимоотношениях. Редко можно встретить химически зависимого человека, который не сорвался бы из-за сильного аффекта, порожденного межличностным конфликтом.

Более того, модель болезни требует от нас признать тот факт, что метаболическая и физиологическая реакция химически зависимого человека на этиловый спирт полностью отличается от реакции человека, который не является химически зависимым. Существует огромное количество данных исследований мозга и печени, эндорфинов и рецепторов, проницаемости оболочек нервных клеток, специфических наследственных графиков электроэнцефалограмм, изменений обмена веществ, и исследования наследственности, которые принимают во внимание алкоголизм родителей. И все эти данные подводят научную основу под признание зависимости болезнью. Таким образом, не подлежит сомнению то, что история, симптомы и признаки зависимости представляют собой узнаваемый паттерн. Лица, зависимые от алкоголя и наркотиков, деградируют во всех областях жизни: в физической, умственной, эмоциональной, моральной и духовной. Нет нужды еще раз рассказывать о страшной разрушительной силе аддикции. Установки, личная ответственность и общественное признание являются ключевыми факторами, которые должны быть выявлены, прежде чем станет возможным эффективное лечение зависимости. Признание зависимого человека больным имеет большую важность, поскольку таким образом мы аннулируем стигму, зачастую сопровождающую данное заболевание, и легитимизируем его лечение. Кроме того, концепция болезни утверждает зависимость в качестве основного заболевания, а не симптома, который надо контролировать, изменять или модифицировать.

Спор о том, являются ли алкоголизм и наркомания настоящими заболеваниями, очень распространен. Противники концепции утверждают, что алкоголизм не отвечает полностью всем критериям болезни, поскольку, в отличие от диабетиков, алкоголик совершает активный выбор (пить или не пить), который вызывает заболевание, а диабетик не имеет возможности принимать подобное решение. Кроме того, диабетик не получает удовольствия от этого выбора. Они доказывают, что наркоманы и алкоголики делают выбор в пользу употребления наркотиков, поскольку получают от этого удовольствие и удовлетворение, и «больными» их делает их же собственная погоня за удовольствиями. Тем не менее, как убедительно пишет Donald Goodwin (1979), лишь немногие противники концепции болезни отказываются признавать сифилис и гонорею заболеваниями, хотя по этиологии они сходны с алкоголизмом. Они возникают как следствие решения предаться приятной деятельности, которое приводит тому, что человек страдает, в основном из-за воздействия постороннего агента и опасного вещества, никогда не попавшего бы в физиологическую систему больного, если бы он не принял подобного решения. На самом деле, стиль жизни и дурные привычки, несовместимые с долгосрочным здоровьем, являются гораздо более весомыми факторами в развитии заболеваний, чем это обычно признается. Критические аспекты стиля жизни и болезни выявились в основном в результате революции, произошедшей в последние 75 лет в требованиях американского общества к здравоохранению. С этой революцией медицинская профессия как таковая только начинает приходить в соприкосновение, и саму эту проблему развитые западные страны начали признавать лишь недавно. Она состоит в том, что смертность и заболеваемость американцев перестали определяться инфекционными болезнями, преобладающими в начале века. Их место в наши дни заняли хронические заболевания, вызываемые стилем жизни. На смену гриппу, пневмонии, туберкулезу, гастроэнтериту и дифтерии пришли заболевания сердца, болезни сердечно-сосудистой системы и дыхательных путей, разные виды рака и алкоголизм, которые частично являются результатом того, как мы живем и как ведем себя. Потребляемая пища и напитки, курение, ежедневный стресс, занятия спортом — все это наиболее важные факторы, влияющие на здоровье человека и его подверженность заболеваниям. В каком-то смысле, самые серьезные медицинские проблемы, угрожающие в наши дни большинству людей, вовсе не являются медицинскими проблемами как таковыми. Это проблемы поведенческие, которые требуют изменения характерных паттернов реакции, и, таким образом, прямо связаны со стилем жизни и установками по отношению к ней (Stachnik, 1980).

Поскольку современная медицина начала признавать, что установки, стиль жизни и поведения играют важную роль в том, что обычно называют болезнями, растет осознание потребности в «новой медицинской парадигме» для объяснения этого феномена. Старая медицинская формулировка понятия «болезнь» критикуется многими как основанная на расщеплении разума и тела, привнесенном в медицинскую практику Запада Декартовской философией дуализма шестнадцатого века. Томас Кун (Thomas Kuhn, 1962) много лет назад писал в своей книге «Структура научных революций», что изменение парадигмы в науке происходит только тогда, когда появляется достаточное количество аномалий, приводящих к кризису имеющейся парадигмы.

Как он заметил, научные открытия (что противоречит некоторым популярным заблуждениям) никогда не происходят приятным упорядоченным образом, в результате неуклонного накопления все большего количества информации. По мере того, как исследователи и ученые изучали отношения между лечением и физическими заболеваниями, они начинали понимать, что отношение разума как к болезни, так и к выздоровлению является весьма запутанным, что бросает вызов многим общепринятым установкам по поводу болезни и здоровья.

В последние три десятилетия аддикция передвинулась с окраин общества в фарватер нашей повседневной жизни, и это оказало глубокое влияние и на то, каким образом наша культура определяет аддикцию, и на способы, которыми она обращается с этой болезнью. Раньше аддикция была почти исключительно ограничена алкоголем и наркотиками, а сегодня не является необычным услышать, как люди называют себя «наркоманами возбуждения» или «подсевшими» на теннис, бег, баскетбол или другие формы упражнений.

По мере того, как модель абстиненции Анонимных Алкоголиков завоевывала популярность в лечении зависимостей, она легитимизировала концепцию болезни. В 1970-х лечебные центры начали лечить наркоманов по программам выздоровления от алкоголизма. Хотя результаты лечения после интеграции этих двух различных аддикций не были столь многообещающими, как сначала предполагалось (по причинам, изложенным в Главе 8), лечебный персонал обнаружил, что существует много общего, и что модель болезни работала лучше, чем что-либо другое из доступного в это время. Было обнаружено, что хотя поведение пациента-алкоголика отличается от поведения наркомана, процесс выздоровления является почти одинаковым (Early, 1994). Постепенно лечебные центры и специалисты по зависимостям начали понимать, что существует множество других обсессивно-компульсивных расстройств и занятий (гемблинг, еда, секс, работа и даже отношения), которые по сути очень похожи на то общее, что объединяет алкоголика и наркомана. Более того, они достигли таких же успешных результатов, применив к этим расстройствам двенадцатишаговую модель. В то же время консультанты, психиатры и другой медицинский персонал, продолжая работать с такими пациентами на долгосрочной основе, начали понимать, что если индивид имеет одно из подобных расстройств, то существует очень большая вероятность, что имеется и другое. Также стало очевидным, что для огромного количества таких пациентов исчезновение одного расстройства (например, кокаиновой зависимости) приводит к усилению другого (например, сексуальной аддикции).

Выявление созависимости и синдрома Взрослых Детей Алкоголиков (ВДА) как другой разновидности аддиктивного процесса убедило специалистов, что аддикции связаны не с употребляемым веществом, а с поведением и установками, типичными для всех аддиктивных заболеваний.

Например, лечение пациентов с расстройствами пищевого поведения по аддиктивной модели показало специалистам по зависимостям, что усилия при лечении любых аддикций должны быть направлены вовнутрь, от веществ к мыслям, чувствам и действиям, которые предшествуют или следуют за компульсивным употреблением веществ или еды. Подход к созависимости и ВДА с той же стратегией открыл, что аддиктивное влечение является внутренней компульсией, которую нет необходимости связывать с веществом; она может проявиться по отношению к деятельности, ритуалу или даже к другому человеку.

Аддикция ныне признается расстройством, которое может принимать множество форм и проявляется мириадами паттернов. Шаффер (Shaffer, 1995) постепенно пришел к убеждению, что аддикцию лучше всего понимать как измененное состояние сознания, которое включает в себя изменение компонентов биохимических и физиологических мозговых операций. Это выражается в адаптации мозговых механизмов вознаграждения, что приводит к долговременным изменениям в функционировании мозга. Именно эта физиологическая адаптация деятельности мозга лежит в основе компульсивного поведения в ответ на условные сигналы. Следовательно, аддикция имеет больше общего с выученным поведением (условные реакции, ведущие к мощным, эмоционально вознаграждающим переживаниям) и дефицитом когнитивного и эмоционального функционирования, чем с зависимостью от вещества или с симптомами отмены. Как только в ответ на биохимическое воздействие вещества в мозгу устанавливается обсессивно-компульсивный паттерн реакций и мышления, или аддиктивный стиль, личность приобретает склонность к тому, чтобы сменять одно проявление или объект аддиктивного занятия другим. Общее мнение ученых-нейрофизиологов об аддикции озвучено Стивом Хейманом (Steve Heyman, 1995), который придерживается мнения, что аддикцию лучше всего определять как «заболевание мозга». Основываясь на данных науки, накопленных годами, он считает аддикцию болезнью, исключительно связанной с нервными структурами мотивации и эмоций; ее патофизиология включает в себя индуцированные веществом долговременные молекулярные изменения в мозгах уязвимых индивидов. Это ведет к извращению нормального произвольного контроля поведения. Хейман считает, что данный устойчивый поведенческий паттерн не может быть изменен, пока вещества продолжают поступать в организм, и «как и всем пациентам с серьезным хроническим заболеванием, аддиктам следует выполнять правила лечения и избегать поведения, которое подвергает их большому риску срыва».

Аддикция, абстиненция и концепция болезни

Признание зависимости болезнью также имеет другие важные последствия, поскольку данная концепция обычно подразумевает, что абстиненция является необходимым первым шагом в лечении. В последние годы горячо обсуждался вопрос, всегда ли это так.

Бихевиорально- и когнитивно- ориентированные исследователи отстаивали возможность контролируемого приема алкоголя как альтернативное направление в лечении (Martlatt, 1983; Sobell и Sobell, 1973a; Pendery, Maltzman и West, 1982). В начале 1980-х эти споры разрешились в пользу абстиненции, после бесчисленных исследований контролируемого употребления, обнаруживших, что данные о том, что алкоголик способен сохранять самоконтроль во время питья, были очень преувеличены или не соответствовали действительности. Вэйлант (Vaillant, 1995) продемонстрировал в очень хорошо поставленном, долговременном и последовательном исследовании, что от 80 до 90 процентов больных, ранее названных успешно контролирующими, сорвались. Даже средства массовой информации и популярная пресса приняли участие в дебатах, когда популярная телевизионная программа новостей («60 минут») провела собственные изыскания по следам работы, провозгласившей обнаружение успешно вылеченных алкоголиков, пьющих с сохранением контроля. К замешательству исследователей, «60 минут» обнаружили, что данные были недостоверными. Из двадцати успешно вылеченных алкоголиков девятнадцать либо сорвались, либо умерли во время запоя.

В последние несколько лет эти дебаты вновь разгорелись в связи с исследованием Натурального Выздоровления Собелла (Sobell, 1995) и программой Управления Умеренностью (УУ), Алана Мар- латта (Alan Marlatt) и других. В обоих случаях акцент делается на выявлении индивидов, которые могут пить умеренно, уменьшать прием алкоголя, достичь «неабстинентного выздоровления» или бросить пить самостоятельно, без лечения или АА.

Безусловно, подход АА к лечению аддикций подходит не всем, и существуют индивиды, лучше реагирующие на другие средства. Таких исследователей, как Марлатт (1983) и Собелл (1995), следует поблагодарить за попытки обнаружить и изучить альтернативные возможности лечения для тех, кому не помогает АА или другие двенадцатишаговые программы. Проблема возникает в случае непоследовательности диагностических критериев, определяющих, кто является алкоголиком или аддиктом, а кто нет. Применение таких запутанных критериев может иметь далеко идущие последствия. Конечно, не все из тех, кто ощущает зависимость и физические или психологические симптомы отмены, обязательно являются аддиктами по критериям АА и других двенадцатишаговых программ. Злоупотребляющие наркотиками и спорадические запойные пьяницы не обязательно будут признаны аддиктами по стандартам АА, но будут признаны таковыми по критериям Собелла и Марлатта. Исследование Натурального Выздоровления Собелла (Sobell 1995) пытается продемонстрировать, что некоторые люди могут уменьшить или прекратить употребление самостоятельно, без АА или какого-либо формального лечения. Собелл пытается выявить характеристики таких индивидов, разрешающих свои трудности без лечения или групп самопомощи. Он также старается выявить процентное соотношение случаев «неабстинентного» выздоровления. Подобным же образом, и подход УУ утверждает, что некоторые пьяницы могут научиться управлять своим пьянством без его прекращения. Два важных аспекта этого исследования должны быть поставлены под вопрос. Не является ли замена терминологии в действительности лишь способом вернуться к старому вопросу о контролируемом питье, завернутому в новую упаковку? Самые лучшие из исследований показали, что любые рапорты об успешном контролируемом питье стихают с прошествием времени. Большинство алкоголиков могут контролировать употребление или воздерживаться от него в течение коротких периодов. АА это уже знает. Те, кто может бросить самостоятельно или пить умеренно, не являются алкоголиками по критериям АА. Абстиненция и АА — только для тех алкоголиков, которые хотят бросить пить и хотят получить помощь в этом.

Во-вторых, работы Марлатта и Собелла показывают, что индивиды с менее тяжелыми симптомами и более коротким периодом проблемного пьянства не обязательно должны поддерживать абстиненцию для выздоровления. АА просто считает, что эти люди не являются алкоголиками и никогда ими не были. Алкоголики, по определению, не могут контролировать или успешно управлять приемом алкоголя на протяжении продолжительного периода. Нейропсихологические и нейрофизиологические данные подтверждают отчеты об индивидуальном опыте всех алкоголиков и аддиктов, которые участвовали в двенадцатишаговой программе выздоровления. Абстиненция — необходимый первый шаг в том случае, если целью является достижение и поддержание долгосрочного выздоровления. В этой точке АА и другие двенадцатишаговые программы расходятся с более бихевиорально ориентированными философиями лечения, которые, похоже, смотрят на прием алкоголя и контроль над ним как на цель своих усилий. Для АА абстиненция (или, правильнее говоря, трезвость) — начало, а не конец лечения. Как недавно сказал один аддикт на встрече АА, «программа АА не вернула мне мою жизнь, она дала мне ее в первый раз».

Работы Марлатта и Собелла продемонстрировали важность установления последовательных диагностических критериев для проведения полезных исследований. Двенадцатишаговые программы и бихевиорально ориентированные ученые до сих пор рассматривают, определяют и понимают аддикцию по-разному. Для выздоравливающих алкоголиков и аддиктов аддикция является чем-то гораздо большим, нежели дурная привычка, которую нужно поменять. Она включает в себя установку, систему верований и ценностей, которых человек придерживается и которые диктуют способ, в соответствии с которым он проживает свою жизнь. Хотя интенсивность этих дебатов подогревается колеблемостью личных убеждений и профессиональными пристрастиями, они имеют сравнительно небольшое клиническое влияние вне академической арены и тех немногих лечебных программ, которые используют отвращение и бихевиоральную терапию. Большинство практикующих специалистов и лечебных программ в этой стране знают по своему опыту то, что «Анонимные Алкоголики», «Анонимные Наркоманы» и т.п. знали всегда: абстиненция является единственным выбором для лечения алкоголиков и наркоманов.

Тем не менее, данная полемика имеет гораздо больше значения, чем обычные академические дебаты. Как знает каждый, кто либо сам страдает от зависимости, либо работает с химически зависимыми лицами, больше всего алкоголик или наркоман хочет слышать и верить в то, что он может научиться контролировать употребление наркотиков или алкоголя в социально приемлемых рамках. Поместите десять алкоголиков в одну комнату и скажите им, что, по результатам исследований, один из десяти может вернуться к употреблению алкоголя в пределах нормы, и каждый из них будет верить в то, что именно он и является тем самым избранным. Как Уоллес (Wallace, 1985) показал на примере неофициального опроса 160 алкоголиков, в настоящий момент проходящих курс лечения, все 160 в прошлом пытались вернуться к контролируемому приему алкоголя, и эти попытки провалились. Учитывая то, что эти 160 «неудачников» могут быть все же более удачливыми, чем те, кто окончательно поддался этой болезни, дискуссия приобретает дополнительный оттенок безотлагательности. Это особенно справедливо в свете данных, которые показывают, что абстиненция влечет за собой лишь небольшой негативный эффект (если вообще влечет) для больных, даже если человек «всего лишь» злоупотребляет, и не является «на самом деле зависимым». Как правило же, абстиненция ведет к улучшению общего состояния здоровья и повышению чувства удовлетворенности жизнью. Таким образом, человек должен решить, стоит ли риск положительного ответа на вопрос «пить или не пить» возможной цены, которую заплатит тот, кто борется со своей болезнью.

Как упоминалось ранее, дискуссия на тему контролируемого приема алкоголя, Натурального Выздоровления и Управления Умеренностью также усложняется разницей в критериях диагностики, которые используют многие профессионалы, проводящие исследования на данную тему. Человек, который будет считаться алкоголиком в одном исследовании, может не подойти под критерии алкоголизма в рамках другого. Конечно, многие лица, которые считаются алкоголиками по критериям Анонимных Алкоголиков, не подойдут под этот диагноз в соответствии с критериями DSM IV (APA, 1994). Многие профессионалы не осознают того, что критерии алкоголизма DSM IV не являются более совершенными, чем критерии AA, они просто другие.

Кертис Барретт (Curtis Barrett) следующим образом резюмирует суть дебатов: Чтобы проиллюстрировать, насколько разнообразны диагностические критерии в наши дни, полезно будет сравнить критерии DSM III (Американская Психиатрическая Ассоциация, 1980), и те критерии, которые используются почтенной группой самопомощи «Анонимные Алкоголики». В DSM III прежде всего поражает то, что алкоголизм не включен в список умственных расстройств. Тем не менее, тщательное чтение приводит нас к следующей фразе: «Зависимость от алкоголя может называться алкоголизмом» (Американская Психиатрическая Ассоциация, 1980, стр. 169). Чтобы поставить диагноз «алкогольная зависимость», должны быть удовлетворены следующие критерии: (а) или постоянное патологическое употребление алкоголя, или нарушение социальной или профессиональной деятельности в связи с употреблением алкоголя; (б) или толерантность, или абстинентный синдром.

Разница между алкоголизмом и злоупотреблением алкоголем сводится к тому, обнаруживается ли у человека толерантность или абстинентный синдром. То есть, даже если у больного наблюдаются случаи провалов в памяти, запоев, неконтролируемого чрезмерного приема алкоголя, если он теряет работу и нарушает закон (например, из-за вождения автомобиля в нетрезвом состоянии), то, по критериям DSM III, его могут и не признать алкоголиком или зависимым от алкоголя (стр. 19, 1985).

AA, как всегда, избегает этой дискуссии, и, верная своей традиции, «смотрит на все проще». Членам AA предлагается поставить диагноз самим себе. Диагноз, поставленный кем-то другим, считается второстепенным по отношению к тому, который человек ставит себе сам. Члены AA являются алкоголиками, если они сами говорят, что они алкоголики. AA предоставляет своим членам литературу и необходимую информацию, если человек высказывает подобное желание. Но самодиагностика больного в качестве алкоголика является краеугольным камнем программы.

Барретт (1985) добавляет,

В главе «Как это делается» (AA World Service, 1939, стр. 58) можно прочитать, что человеку, который хочет получить пользу от AA, нужно подумать о том, чтобы предпринять некоторые шаги, «предлагаемые в качестве программы исцеления». Первый шаг таков: «Мы признали, что мы бессильны против алкоголя, что наши жизни стали неуправляемыми». Если человек хочет дальнейшей помощи в проведении самодиагностики, то его вниманию предлагаются материалы, которые помогут ему отметить у себя наличие соответствующих критериев заболевания, что не слишком отличается от методики, используемой в DSM III. (Стр. 19, 1985).

Совершенно очевидно, что целью AA является трезвость. И тем не менее, AA — это программа исцеления, направленная на сложное приспособление, необходимое для того, чтобы человек продолжал воздерживаться от приема алкоголя и наркотиков. «AA не учит нас тому, как справляться с неумеренным приемом алкоголя... Эта организация учит нас справляться с нашей трезвостью» (AA World Service, 1939, стр. 554). AA не исключает возможности того, что алкоголик может вернуться к контролируемому приему алкоголя, но говорит о том, что эта цель не может быть достигнута, если человек является истинным алкоголиком. Таким образом, AA признает, что тем алкоголикам, которые вновь возвращаются к контролируемому приему алкоголя, был поставлен ошибочный диагноз.

Учитывая эти проблемы, можно прийти к выводу, что компетентный исследователь, используя критерии DSM III или DSM IV в отношении алкогольной зависимости, не сможет выявить заболевание у человека, которого AA считает алкоголиком, даже если человек сам считает себя таковым. Эти трудности объясняют, почему исследования контролируемого приема алкоголя привели к таким противоречивым и спорным результатам.

Тот, чей интерес к алкоголизму есть лишь преходящее увлечение или академическое любопытство, никогда не поймет важности проблемы критериев. Для алкоголика, который борется со своей болезнью, это является буквально вопросом жизни и смерти. Например, Уоллес (Wallace, 1978) считает, что идеологическая база AA представляет собой ключевой компонент в процессе исцеления трезвого алкоголика. На самом деле, он утверждает, что алкоголики нуждаются в несколько пристрастном взгляде на реальность, проповедуемом AA. «Алкоголик не может себе позволить бесстрастную, незаинтересованную и почти небрежную игру со словами и идеями, которую предлагают любознательные академические интеллектуалы» (1975, стр. 7).

Уоллес твердо убежден в том, что алкоголик интуитивно признает необходимость стабильной и устойчивой системы верований для того, чтобы остаться трезвым. Ему гораздо труднее признать взвешенный взгляд на реальность, выражаемый академическими исследователями. Он считает, что:

Реальность чудовищно неадекватных инструментов измерения личностных характеристик, неподходящих процедур отбора, неадекватных измерений, неверного выбора переменных для исследований, сильно искаженных статистических предпосылок, сбора данных, ошибок в записи и анализе, и так далее, и тому подобное, спрятана под риторикой науки и научности. В таком случае, разве удивительно, что самое выдающееся качество большинства академических исследований состоит в том, что сейчас ты его видишь, а в следующее мгновение его уже нет? Разве не изумительно обнаружить трезвых алкоголиков, вцепившихся в свои системы верований, как тонущие поэты цепляются за свои метафоры в море путаницы? (1975, стр. 7).

Уоллес также признает важность помощи каждому пациенту достичь самоопределения в качестве алкоголика, и, таким образом, обрести объяснительную систему для своего поведения. Лечение, с этой точки зрения, по большей части является обучением «экзотическому верованию», чья истинная ценность определяется тем фактом, что лечение (1) Помогает объяснить прошлое таким образом, чтобы дать надежду на будущее; (2) Позволяет алкоголику справиться со своей виной, тревогой, раскаянием и запутанными мыслями, и (3) Предлагает им вариант конкретного поведения (остаться трезвыми и работать в рамках 12 этапов программы), которое изменит их жизнь в желаемом направлении. Как говорит Уоллес, у алкоголика впереди целая жизнь трезвости, в течение которой он сможет признать тот факт, что не все его личные и социальные трудности проистекали из его алкоголизма. Но он может прийти к этому пониманию после того, как выведет алкоголь и наркотики из своей системы и направит свою жизнь в желаемом направлении. Как признает Мартин Бубер (Martin Buber, 1964), человеку в состоянии кризиса необходимо руководство. Только после того, как алкоголику удалось добиться трезвости, он может приступить к исследованию более глубоких психологических проблем своей жизни. Недавние нейропсихологические исследования пролили некоторый свет на важность предоставления алкоголикам и наркоманам четкой структурированной программы, которой они должны следовать в течение первых нескольких месяцев абстиненции. Новоприбывшим членам программы AA советуют не принимать никаких важных решений в течение первого года выздоровления. Им рекомендуют не анализировать программу. Им сообщают, что программа AA успешна, потому что она успешна! Побывайте на девятносте собраниях за девяносто дней. Заставьте тело слушаться, и сознание за ним последует. Каждая из этих рекомендаций основана на интуитивном понимании того, что алкоголики на начальных стадиях абстиненции не способны четко мыслить и не обладают интеллектуальными способностями для принятия рациональных и разумных решений. Программа AA предлагает им двенадцать четких этапов, которым они должны следовать. Новым членам советуют «смотреть на все проще». После завершения первого этапа им велят завершить второй и приступить к третьему, и так далее.

В нейропсихологических тестах на абстрактное мышление, гибкость, подвижность интеллекта и новое научение алкоголики и наркоманы неизменно демонстрируют показатели, характерные для умственно отсталых (см. Главу 8). Их вербальный интеллект и старые знания остаются незатронутыми. Следовательно, неискушенному наблюдателю они могут показаться адекватными. Уровень задержки развития обычно не является постоянным и не подразумевает структурных повреждений коры головного мозга. Скорее, их мозговые дисфункции имеют рассеянный характер, обычно они возникают в результате энцефалопатии, вызванной алкоголем и усугубленной нехваткой витаминов и питания. Большинство алкоголиков демонстрируют «мгновенное восстановление» корковых функций, если они воздерживаются от приема алкоголя и наркотиков и увеличивают прием пищи и витаминов. Это восстановление функций сознания является постепенным и стабильным процессом. Важнейшие улучшения обычно происходят в первые несколько месяцев, а полное восстановление достигается через один или два года абстиненции. Выводы, которые можно сделать из данного исследования, таковы: для больного жизненно важны структура и направление, которые предоставляет AA на начальных этапах исцеления. Тем не менее, существует еще один важный аспект программы AA, который многие профессионалы недооценивают. AA предлагает начинающему выздоравливать алкоголику надежду и вдохновение. Джером Франк сказал бы, что AA помогает алкоголику бороться с деморализацией. Ялом говорил бы в данном случае о внушении надежды и необходимости «насушной лжи» в нашей жизни. Эти утверждения близки к тому, что предписывает Уоллес, когда он предлагает учить алкоголиков «экзотическим верованиям». Программа AA успешна, потому что она не игнорирует важности верований и вдохновения в жизни человека.

Разница между тем, как видят и понимают лечение аддикций АА и академически ориентированные профессионалы, может наилучшим образом быть проиллюстрирована ссылкой на то, как Согьял Ринпоче (Sogyal Rinpoche), тибетский монах и автор «Тибетского пути проживания и умирания» (1992), описывает свой опыт, когда он оставил родной Тибет и начал читать лекции по буддизму в США. К своему удивлению, он обнаружил, что индивиды, принадлежащие к Западной культуре, реагируют на все драматически отличающимся от реакций Восточных людей образом. На Западе обучение находят «интересным», в то время как на Востоке буддийское учение считают «вдохновляющим». Он обнаружил совершенно различные ожидания и реакции у людей, имеющих различный культурный опыт и ценности. Ринпоче остро осознал, что мы — продукт нашего Западного наследия, и что наша культура имеет тенденцию ценить интеллект больше, чем эмоции, рациональное больше, чем духовное, и разум — больше, чем сердце. Наш опыт диктует нам то, что мы увидим, узнаем, и на что в конце концовотреагируем.

Это напомнило мне случай из моей собственной профессиональной карьеры, когда я много лет назад был рекрутирован в частную психиатрическую группу из Атланты, специализирующуюся на аддиктивной медицине. В ней было несколько врачей, выздоравливающих от своей собственной зависимости от наркотиков и алкоголя. Все они стали трезвыми и чистыми с помощью АА или лечебных программ, подчеркивающих концепцию болезни и двенадцатишаговый подход к выздоровлению. Все они, даже имеющие многолетние сроки трезвости и чистоты, были активистами программы. Вследствие этого, двенадцатишаговый подход к лечению очень сильно сказывался на их собственном стиле обращения со своими пациентами-аддиктами. После того, как я поработал там несколько месяцев, один из психиатров (я назову его Сэмом), трезвый активист АА с двадцатилетним стажем, вышел из своего кабинета, соседнего с моим, и спросил, как мне работаете и как я приспосабливаюсь к специализации на аддикции. Частично целью его вопросов было утоление любопытства по поводу моего недавнего участия в Юго-Восточной Конференции по Аддиктивным Расстройствам (SECAD), которая проходит в Атланте ежегодно. Для тех читателей, которые никогда не участвовали в ней: это шестидневное действо, сфокусированное исключительно на двенадцати шагах и концепции болезни. Конференция привлекает огромное внимание профессионалов здравоохранения и выздоравливающих от аддикций. Сэма интересовала моя реакция, поскольку он знал, что я был там впервые. Он относился с некоторым подозрением к моему отношению к аддикции и программе АА, поскольку считал меня свежим выпускником академии и человеком «не из программы». Я думаю, что он не был уверен, не один ли я из тех «невежественных профессионалов», которых он и другие члены программы лишают доверия за плохое лечение, плохое руководство и неправильную диагностику, по опыту собственной аддикции. В ответ на его вопрос (что я думаю о конференции) я сказал со всей честностью, что конференция не произвела на меня особого впечатления. Когда он спросил, почему, я ответил, что не услышал и не нашел почти никакой полезной или новой информации о лечении и об аддикции. Он рассмеялся от всей души, покачал головой и сказал: «Фил, ты упустил главное: люди ходят на SECAD не затем, чтобы получить информацию, а затем, чтобы вдохновиться».

Таким же образом, выздоравливающий аддикт или алкоголик не ходит в АА за информацией; они ходят за вдохновением. Подобно тому, как Ринпоче написал в своей книге по буддизму, вдохновение — важнейшая часть лечения, и именно поэтому программа работает, и поэтому многие академические ученые никогда не поймут ее. Они забыли или не встречались с душевной болью, пустотой и отчаянным чувством деморализации, с которым борются алкоголики и наркоманы. Аддикты нуждаются в чем-то большем, нежели информация; они нуждаются в том, чтобы кто-то их вдохновил и эмоционально затронул. Аддикция изолировала и отрезала их от подлинного аутентичного человеческого контакта. Ялом писал о важности идентификации, альтруизма и обретения надежды как о мощных исцеляющих факторах в группе. Те же силы действуют и на двенадцатишаговых встречах. Никогда нельзя забывать, что за ярлыком алкоголика или наркомана стоит живое, дышащее человеческое существо, которое страдает, запуталось, изолировано и отчаянно нуждается в вере и в направлении посреди своего кризиса.

Иллюстрация из буддийских религиозных традиций поможет уточнить важность насущной лжи, внушения надежды и экзотических верований при лечении зависимости. Концепция «полезных иллюзий» является центральной в религии Буддизма. Буддийские монахи и религиозные учителя поняли важность мобилизации надежды и веры во время ранних стадий сомнений в жизни. «Полезно» создать «иллюзию», которая может помочь каждому познать важный принцип жизни, который он в противном случае может быть не готов принять на ранних стадиях своего путешествия к самопознанию.

Хатчинсон (J.Hutchinson, 1969) обобщает буддийскую позицию, когда он говорит о цели Благородного Восьмеричного Пути (Noble Eightfold Path).

В чем состоит содержание этого опыта? Ответ Будды был похож на краткий диагноз терапевта и предписание по лечению болезни. Буддийские традиции передают правду Будды в форме Четырех Благородных Истин и Благородного Восьмеричного Пути. Первые две из Четырех Истин могут быть обозначены как диагноз, а третья и четвертая как лечение. Первая утверждает, что все сущее есть страдание, или *dukkha*, а вторая говорит о том, что страдание вызывается невежественными желаниями, или *trishna*. Третья истина сообщает, что страдание можно прекратить, отказавшись от невежественных желаний, а четвертая истина утверждает, что это можно осуществить с помощью Благородного Восьмеричного Пути. Поэтому, как говорит один писатель, «Будда нашел наивысший способ лечения от всех бед рода человеческого».

В Буддийском учении центральным постулатом является «выдувание» пламени страсти. Это понятие часто путают с уничтожением или смертью, но цель Будды состояла в том, чтобы ученик избавился от «невежественных желаний», от которых происходят страдания. Так же, как и ученик Будды, алкоголик должен отказаться от того, что, как ему кажется, сделает его счастливым (алкоголь), и прийти к осознанию того, что именно его неправильное понимание счастья (невежественное желание) вызывает его страдания. Разрушению этого цикла способствуют полезные иллюзии.

Ученик подошел к буддийскому монаху с вопросом о смысле жизни и с желанием достичь нирваны. Ученику в ответ было велено медитировать и следовать восьмеричному пути к просветлению, который включает в себя правильные действия и правильные мысли. После шести месяцев медитации ученик вновь посетил учителя, испрашивая инструкций, поскольку он все еще не достиг просветления. Через два года ученик опять попросил встречи с учителем, жалуясь на то, что он делает все, как ему велели, но все еще не в нирване. Он старался сохранять спокойствие, потому что ему сказали, что он должен быть терпелив и продолжать тренироваться на восьмеричном пути к просветлению. В конце концов, после пяти лет старательной медитации и занятий, ученик уже не мог сдерживать своего отчаяния, и в гневе обратился к монаху со следующими словами: «Я сделал все, что ты мне сказал! Я упражнялся на восьмеричном пути к просветлению! Я каждый день медитировал и применял принципы правильных действий и правильных мыслей! Я все это сделал, и все равно не достиг нирваны!» На это буддийский монах ответил ему с любовью и пониманием: «Сын мой, нирваны не существует, но то, что ты медитировал и следовал восьмеричному пути, пошло тебе на пользу, не правда ли?»

Так же, как и буддийский ученик, выздоравливающий алкоголик, который прошел через все двенадцать этапов программы выздоровления, получает от этого пользу. Его жизнь, которая до этого полностью разваливалась, была приведена в порядок. Его здоровье, как физическое, так и психическое, обычно к этому моменту восстановлено. Теперь, после пяти лет трезвости, они могут понять, что не все их проблемы были вызваны алкоголизмом. Они еще не достигли просветления, но им намного лучше, чем в то время, когда они пили или принимали наркотики.

Этот очень важный вопрос не беспокоит адвокатов контролируемого приема алкоголя. Зачем нужно учить алкоголика пить в пределах нормы? Программа «Анонимные Алкоголики», как задумал ее Билл Уилсон (Bill Wilson), основатель организации, гораздо более заинтересована в стиле жизни алкоголика и его искаженной и разоренной жизненной философии. Хотя прием алкоголя и абстиненция являются вопросами ключевой важности для программы, это лишь первый этап из двенадцати шагов к выздоровлению. Вспомним о факте, который обычно никто не замечает. Первый шаг программы АА является единственным, который открыто упоминает прием алкоголя. Остальные одиннадцать шагов нужны алкоголику для того, чтобы использовать их в качестве проводника, который поможет ему изменить свой стиль жизни и восстановить обесцененные ценности. Такой взгляд заставляет нас задуматься о том, что же такого привлекательного в том, чтобы научить алкоголика пить в пределах нормы? Это ничтожная цель, которая не имеет никакого смысла.

Как пишет МакКрэйд (McCraedy, 1985), Люди, которые заработали диагноз «алкоголизм», потратили на это много усилий — они проглотили невероятные количества этанола и создали страшные неприятности в своей жизни, связанные с употреблением алкоголя. Зачем же тогда продолжать пытаться пить и снова рисковать столкнуться с теми же страданиями? Вместо того чтобы помогать алкоголикам пить, терапевтам лучше было бы рассматривать такое желание пить как «иррациональное верование». Психологи, демонстрирующие свои знания в области модификации когнитивного поведения, могли бы тогда помочь алкоголикам противостоять иррациональному верованию в то, что C₂H₅OH настолько важен, что его нельзя полностью исключить из своей жизни (стр. 370).

Более того, если адвокаты контролируемого приема алкоголя докажут, что алкоголики могут пить под контролем в течение определенного периода времени, то это только подтвердит то, что давно знает большинство людей, хорошо знакомых с программой АА. Алкоголики зачастую пьют под контролем несколько лет, до тех пор, пока либо не умирают, либо не завязывают. Они также обычно способны сами контролировать потребление алкоголя в течение нескольких недель подряд, и даже месяцев. Тем не менее, их эмоциональные страдания и их разрушенная жизнь требуют изменений и лечения. Большинство алкоголиков признают, что контроль только портит им удовольствие от приема алкоголя. Многие спрашивают: почему я должен захотеть ограничиться только одним пивом? С этой точки зрения, контроль не является достойной целью для зависимых пациентов, поскольку контроль лишь ограничивает свободу, которую алкоголики хотят обрести больше всего. Контроль является проблемой каждого зависимого больного, а не решением проблемы. Как пишет Стюарт (Stewart, 1985), Алкоголики, у которых возникают трудности, больше страдают от применения контроля, чем от потери его. По настоящему свободный алкоголик не озабочен поддержанием контроля. Он или она гораздо более заинтересованы в постоянной свободе. Алкоголик, который контролирует ситуацию и боится потерять контроль, не является хорошим примером того, как получать удовольствие от трезвости. Абстиненция является единственным состоянием свободы для алкоголика. Большинство алкоголиков, которые остаются трезвыми в течение многих лет, поддержат это убеждение, но трезвость не состоит из одной лишь абстиненции. В трезвости присутствует творческая дисциплина, которой нет в самой абстиненции, поддерживаемой ради самой себя. Абстиненция сама по себе, движимая силой воли, является механизмом контроля, но абстиненция и приверженность трезвости — это дисциплинированный акт любви. (Стр. 373-374).

В качестве возможного решения разумно было бы попросить самих пациентов взвесить риски и преимущества программ лечения, основанных на абстиненции, и программ, основанных на контролируемом приеме алкоголя. Тем не менее, поскольку наркоман или алкоголик, особенно находящийся в путях своей зависимости, обычно не в состоянии принять такое важное и рациональное решение, то риски, связанные с абстинентной терапией, не так велики. Тем, кто выбирает абстиненцию, вряд ли может повредить их воздержание. Почему бы не создать партнерство между Анонимными Алкоголиками и профессиональными медицинскими методиками, не объединить две различные группы знаний и опыта? Таким образом можно было бы повысить шансы на создание инновационной модели лечения, которая поможет большему числу алкоголиков и наркоманов, вместо того, чтобы продолжать разрушительную территориальную борьбу, которая идет в настоящий момент. Именно в этом и состоит цель данной книги, и это останется постоянным мотивом, который присутствует во всех предлагаемых альтернативах успешного лечения химически зависимых пациентов.

Тем профессионалам, которые относятся с подозрением или враждебностью к двенадцатишаговым программам, было бы гораздо ценнее направить часть своей энергии на понимание того, что представляют собой программы и как они работают. Более чем какая-нибудь другая, АА — прагматичная программа, гораздо меньше озабоченная «почему», чем «как». Вместо того, чтобы пытаться дискредитировать ее или держаться от нее подальше, и профессионалам, и пациентам было бы лучше понять ее результаты. Как часто говорят новые члены программы, «Если оно не сломано, зачем его чинить?». Критики программы видят только ее духовные корни и обвиняют ее в том, что это религиозная организация, идеология которой поощряет унижение, уступчивость, контроль над мыслями и зависимость. Многие критики, чьи собственные идеологические верования глубоко укоренены в Западной рациональной философии и психологической науке, могли бы с большим пониманием и принятием отнестись к программе

АА, если бы они поняли, что исторические корни программы могут быть прослежены до Уильяма Джеймса, одного из пионеров научной психологии и философии Прагматизма. Работы Джеймса и его классический текст, «Разнообразие религиозного опыта» (1902), глубоко затронули Билла Уилсона, главного архитектора АА, Большой Книги, двенадцати шагов и двенадцати традиций. Для Джеймса, как и для всех прагматиков, существовал один главный принцип: ценность и правдивость чего-либо тесно связана с выгодой и практической полезностью. Если что-то работает, значит, это правда. Прагматиков гораздо меньше интересовали большие, абстрактные и бестолковые теории, или то, что Джон Дьюи называл «знанием наблюдателя», чем главные факты и практические аспекты знания, пришедшие из опыта чего-то работающего, после того как оно было попробовано и протестировано.

Членам АА говорят: «Используй! Не анализируй; приди на 90 встреч за 90 дней!» В соответствии с рекомендацией Джеймса (если хочешь изменить способ своего мышления или чувствования, сначала поменяй способ поведения), членам АА говорят: «Приведи свое тело на собрание, и твой разум за ним последует». Наверное, никто не демонстрирует этот прагматизм столь ясно, как Отец Мартин, католический священник и один из первых энтузиастов АА — живое воплощение общества и его философии. Когда его однажды спросили, почему АА работает, Отец Мартин ответил в своем особенном стиле: «АА работает, потому что работает!». Полезность обучения аддиктов и алкоголиков верить в принципы двенадцатишаговой программы определяет ее правдивость.

Со времени публикации первого издания этой книги (1988) число профессионалов, принимающих и знающих АА и их двенадцатишаговую философию, возросло. Они увидели невыгодность противостояния и нашли способы совместить АА и профессиональные лечебные программы. Минкофф (Minkoff, 1995) настаивал на ценности интеграции и взаимного дополнения двенадцати шагов и философии психиатрического лечения. Он уверен, что существует потребность в «объединенной концептуальной модели» лечения, которая основывается одновременно и на модели ад-дикции как болезни, и на модели психической болезни. Поскольку Минкофф специально фокусируется на пациентах с двойным диагнозом (психотиках-аддиктах), его попытка рассматривать ад-дикцию как болезнь, включающую в себя два независимых и первичных, но взаимовлияющих расстройства, имеет смысл, так как он осознал безосновательность разделения модели душевного здоровья и модели болезни. Он понял, что исторические корни этого расщепления лежат в неспособности медицинского истеблишмента адекватно лечить или понимать алкоголиков. В сущности, современная медицина отвернулась от проблем алкоголиков, и именно эта неудача заставила Билла Уилсона и других страдающих алкоголизмом создать свой собственный метод лечения. Их интересовало то, что работает, и гораздо меньше — господствующие убеждения и философия, диктующие, что следует считать болезнью и как нужно строить лечение.

Минкофф изучает типичный иерархический медицинский подход к лечению и его тенденцию разделять модель болезни и модель душевного здоровья. Он показывает смехотворность ситуации, распространяя ее на другие аспекты психиатрической помощи. Представьте, что страдающий тревожным расстройством может лечиться только у специалиста по тревоге, а если есть некоторые признаки депрессии, нужно вызывать специалиста по депрессии. К счастью, растет число профессионалов и исследователей, начинающих признавать преимущества АА и других двенадцатишаговых программ. Они обнаружили, что интеграция будет вполне взаимодополняющей.

Например, Доде (Dodes, 1988) утверждает, исходя из своего опыта комбинированного лечения более чем 500 пациентов (психоаналитическая психотерапия плюс двенадцатишаговая программа) что «пациенты показали свою способность бессознательно понимать двойственность своего внутреннего функционирования, и, таким образом, принимать двойственность терапевтического подхода.» (стр. 288) Таким же образом, Браун (Brown) пишет о похожих результатах в своей прекрасной книге «Лечение алкоголика: развивающаяся модель выздоровления» (1985), основываясь на десятилетнем исследовании, проведенном ею на выздоравливающих алкоголиках, успешно прекративших употребление. Хотя сначала ее интересовала идентификация того, что и прочему сработало для членов АА, другой главной задачей книги была попытка сформировать «синергетичное партнерство между сферами АА и профессиональной помощи», хотя автор ясно понимала недоверие и конкурентную враждебность между ними. Хотя она утверждала, что находится на стороне алкоголика и что ее «книга является вызовом профессиональным помощникам и неалкоголикам любых профессий, предлагающим им пересмотреть свои убеждения, ценности и теории об алкоголе и алкоголизме», она так же твердо уверена, что «алкоголик очень нуждается в профессионалах». Ее книга является одним из примеров растущего числа призывов к «синергетичным рабочим отношениям», раздающихся в профессиональном сообществе.

Понимая причины разделения, Браун предостерегает алкоголиков от опасностей, по-прежнему присутствующих профессиональному сообществу:

«Если вы страдаете алкоголизмом, скорее всего, ваш алкоголизм не будет диагностирован врачами, психологами или другими представителями помогающих профессий. Если ваш алкоголизм диагностирован, велик шанс, что вы не получите направления на соответствующее лечение. Вам могут посоветовать «снизить дозу» или послать к психиатру, чтобы он определил, в чем состоит ваша реальная проблема. Если вы абстинент, выздоравливающий от алкоголизма, и нуждаетесь в профессиональной помощи в связи с другими жизненными проблемами, велик шанс на то, что вы будете слишком бояться профессионалов, чтобы искать то лечение, которое вам требуется. Конечно, существует множество исключений, но все же многим знакома эта мрачная картина», (стр. 1х)

Выводы Браун помогают объяснить то, почему выздоравливающие аддикты не доверяют профессионалам. Конечно, многие из членов двенадцатишаговых программ завоевали право относиться с подозрением к «невежественным профессионалам», которые зачастую ставили им неправильный диагноз и предлагали слишком малую помощь в борьбе с их личными аддикциями. Например, алкоголики часто рассказывают о движении по нисходящей, когда им советовали «снизить количество выпиваемого», пока профессионалы попытаются найти «истинное ядро» их проблемы. Нужно лишь сходить на несколько встреч АА, чтобы услышать жуткие истории, которые рассказывают многие участники. Фактически, движение АА никогда бы не возникло, если бы оно не было именно тем, в чем отчаянно нуждаются алкоголики. АА, как социальный феномен, является примером того, как часть пораженной популяции объединилась в общество взаимопомощи, потому что санкционированные обществом способы лечения оказались неадекватными. Сам основатель АА Билл Уилсон не сомневался в необходимости кооперации АА и профессионалов в своем собственном лечении и выздоровлении от алкоголизма. Он дважды возвращался к индивидуальной психотерапии со своим другом и адвокатом, психиатром Harry Tiebout. Исследование, проведенное АА, обнаружило, что 60 процентов его членов обращалось к некоторым формам психологического лечения в прошлом, и этот процент растет с каждым годом («АА», 1990).

Большая часть критицизма в адрес общества Анонимных Алкоголиков в прошлом была сфокусирована на идеологической и религиозной составляющих его мировоззрения, так как подразумевалось, что АА оказывает давление на своих членов с целью заставить их принять свою систему верований, и что это давление каким-то образом им вредит. Например, Турнье (Tournier, 1979) критикует эффективность АА, потому что этот метод лечения никогда не был научно обоснован, и потому что идеология братства доминирует настолько, что это не позволяет появиться новым идеям. Джонс (Jones, 1970) также критикует программу АА за «принятие тоталитарной идеологии» (стр. 195). К сожалению, атаки этого типа недалековидны и отражают недостаточную информированность о философии Анонимных Алкоголиков. Химически зависимые лица получают больше пользы, если критики АА направят свою энергию на понимание идеологических различий между программой АА и своей собственной. Если они лучше поймут АА, они обнаружат, что несоответствие в действительности не так уж велико. В действительности профессионалы могут там многому научиться в области психотерапии и лечения, причем не только аддиктивной личности, но и любого человека, не страдающего зависимостью. И именно в области групповой психотерапии эти две точки зрения могут быть наилучшим образом совмещены, образуя поддерживающий подход в терапии. Соединение принципов Анонимных Алкоголиков и групповой психотерапии может быть воодушевляющим и крайне полезным предприятием.

Глава 2. Различные Модели Групповой Психотерапии

Абрахаму Маслоу приписывают высказывание: «Если единственный инструмент, который у вас есть — это молоток, то каждая проблема для вас будет выглядеть, как гвоздь». Сатирическое, но убедительное замечание Маслоу точно выражает потенциальную опасность искреннего и безоглядного следования любой теории «лечения» аддикции. Рассмотрение аддикции только с позиций концепции болезни, например, может привести доверчивого наблюдателя к тому, что он будет видеть только гвоздь (т.е. болезнь аддикции), который необходимо забить на место единственно возможным инструментом (т.е. обществом Анонимных Алкоголиков, к примеру). Конечно, АА — не единственная организация, некоторые из участников которой близоруко ограничены своим туннельным видением. Групповая психотерапия, как и большинство официальных психотерапевтических школ (т.е. психодинамическая, Роджерсианская, гештальт и др.) имеет в числе своих сторонников часть таких, которые верят, что их метод лечения пациентов, страдающих от аддикции — единственно правильный. К несчастью, такой недалёковидный подход ограничивает число возможных вариантов использования различных инструментов лечения аддикции.

Эта глава посвящена не столько необходимости объединения двенадцатишаговых программ и профессионалов в духе взаимной кооперации, сколько тому, чтобы выработать систематическую модель лечения химически зависимого лица в группе. Групповая психотерапия, преподаваемая и практикуемая сегодня, страдает своей собственной формой фракционности. Сторонники различных моделей часто настаивают на превосходстве своего специфического подхода к групповому лечению. Каждая модель групповой психотерапии может предложить что-то уникальное определённым людям, и в руках квалифицированного клинициста все эти модели могут обеспечить мощный терапевтический эффект для участников группы. Однако, модель необходимо адаптировать к потребностям определенной популяции, и цели лечения также имеют важное значение при выборе модели. Если групповая психотерапия должна являться мощным инструментом лечения аддикции, необходимо задать множество важных вопросов, и в итоге ответить на них. К примеру, на какой стадии выздоровления находится конкретный аддикт? Группа, составленная из лиц, не пьющих два-три дня, сильно отличается от группы, где участники воздерживаются два-три года. Во-вторых, какова цель группы? Точнее говоря, является ли воздержание от алкоголя и наркотиков целью лечения, и как его можно добиться в условиях групповой психотерапии? Задачей этой главы является не защита одних подходов к групповой психотерапии перед другими, а необходимость разобраться, какая модель лучше соответствует потребностям химически зависимых лиц на каждой стадии выздоровления. Каждая модель групповой психотерапии, представленная здесь, требует от ведущего анализа определенных аспектов поведения группы и (отдельно) её участников.

Различные способы анализа оказывают огромное влияние на то, что именно ведущий наблюдает и, в конечном итоге, на что он реагирует. Это, в свою очередь, зависит от основной задачи, которую группа надеется выполнить, и, следовательно, влияет на выбор уровня интервенций, которые ведущий может использовать. Эти решения ведущий и лечебная организация должны принять до того, как участники группы займут свои места. Подобные критические аспекты групповой психотерапии будут обсуждаться в применении к ее самым обычным и популярным подходам. Каждая модель, доступная потенциальному ведущему, будет рассмотрена с точки зрения специфических трудностей, которые возникают в группе, состоящей из химически зависимых лиц.

Некоторые модели групповой психотерапии

Успешная групповая психотерапия, с аддиктивными или неаддиктивными участниками, требует соблюдения и поддержания двух условий. Во-первых, групповая задача и групповая структура должны соответствовать потребностям участников. Если ведущий и лечебное учреждение будут придерживаться модели болезни, то целью должно быть воздержание, а задачи группы должны структурироваться таким образом, чтобы его достичь. Во-вторых, техника работы должна быть адаптирована таким образом, чтобы соответствовать общей задаче или цели группы. К сожалению, цели зачастую неясны или путаны, а систематический план их достижения недостаточно определен. Ведущие и участники часто склонны определять группу скорее с точки зрения применяемой техники (т.е., коммуникативные упражнения, горячий стул и пр.) или теоретической ориентации (психодинамическая, гештальт и пр.), нежели с точки зрения цели или выполняемой задачи. Теории и техники могут быть скорее священными ритуалами, чем инструментами для выполнения задач, определяемых целью группы. Подобным же образом множество групповых подходов, которые возникают для определённых целей (например, двенадцатишаговая программа), и групповая психотерапия часто рассматриваются как конкурирующие предприятия, а не различные способы достижения тех же самых результатов.

Сингер (Singer) и др. (1975) обрисовали эвристическую «когнитивную карту» поля групповой психотерапии, которая категоризирует групповые подходы с точки зрения двух основных параметров:

Система задач группы, и Психологические уровни систем, задействованных в этих задачах.

Эта когнитивная карта будет представлена здесь в адаптированной форме, чтобы дать возможность потенциальным ведущим лучше понять альтернативы, доступные при данном подходе в группе химически зависимых лиц. Групповые события, по Сингеру, располагаются в гипотетическом континууме, где с одной стороны находится научение, а с другой — психологическое изменение.

Несмотря на опасность чрезмерного упрощения, членов группы можно мысленно разделить на тех, кто пришел затем, чтобы получить новую информацию, и тех, кто хочет изменить некоторые аспекты своего поведения. В этом контексте обучение — это нечто, происходящее в переживаниях индивида и приводящее к когнитивному или перцептивному изменению. Читая эту главу, я надеюсь, достигает когнитивного изменения в результате получения новой информации. Психологическое изменение определяется как увеличение способности справляться с чем-либо, модификация личностной структуры или расширение репертуара ответных реакций. Психологическое изменение в этой перспективе обычно ассоциируется с экспериментальным («переживательным») компонентом групповых событий, с меньшим акцентом на изменении когнитивных установок. Каждое групповое собрание обычно выдвигает на первый план один из двух компонентов. Ориентация группы и её ведущего является важным определяющим фактором для выделения того, на что будет сделан больший акцент. Разумеется, обучение и изменение не исключают друг друга, а в действительности часто друг друга опосредуют. Тем не менее, на каждой групповой сессии необходим имплицитный (если не эксплицитный) акцент, определяющий, какую задачу (обучение или изменение) следует считать приоритетной. В условиях групповой психотерапии химически зависимых лиц, если учитывать возможные последствия дальнейшего употребления алкоголя, изменение должно быть важнее обучения, по крайней мере на ранних этапах лечения. Таким образом, задачи группы могут быть определены в виде трех возможных вариантов: 1. Изменение, 2. Обучение и изменение, 3. Обучение (см. Рис. 2.1).

Рис. 2.1

Обучение	Обучение и изменение	Изменение

Психологические уровни интервенции

В распоряжении ведущего группы имеется несколько вариантов того, каким образом осуществлять анализ и интервенцию в группе. Психологические интервенции могут в основном быть разделены на три широких, но, тем не менее, чётких категории.

Во-первых, ведущий может выбрать вмешательство на уровне группового процесса (т.е., что сейчас происходит в группе, какие динамики привели к такому набору реакций на определенного участника или участников в этой группе в данный момент?). Во-вторых, ведущий может сфокусироваться на межличностном процессе (т.е., что за взаимодействие происходит между определенными участниками группы? Почему один участник реагирует в поддерживающей манере на большинство членов группы, но тут же атакует одного из них, который проявил себя при тех же обстоятельствах?). В-третьих, ведущий может решить сфокусироваться на внутриличностном процессе каждого участника (т.е., как каждый защищается, реагирует, обращается со своей тревогой, злостью и стрессом). Каждый процесс как система концептуально отличается от других, но, в то же время, тесно связан с ними. Так как поведение детерминировано множеством причин, любое событие, происходящее в группе, может считаться результатом процессов, происходящих на всех уровнях одновременно. Рассмотрим следующий пример — первую сессию группы начинающих выздоравливать алкоголиков.

В начале собрания группы Сэм, шумный и провокативный субъект с длинной и запутанной историей алкоголизма, начинает работу, желая обсудить свою злость и невозможность доверять соседу по комнате. Его первая жалоба заключается в недостатке доверия, ибо его сосед постоянно употребляет наркотики.

Сам же Сэм наркотиков не употребляет, и сейчас старается решить, стоит ли ему бросать пить, или лучше сократить потребление алкоголя, несмотря на несколько неудачных попыток контролировать выпивку. Постоянные срывы привели к недавно случившемуся разводу. Участники группы разделяются в своей реакции на выступление Сэма; большинство поддерживает его и выражает понимание его затруднительного положения. Тем не менее, Шерон, тихая и тревожная женщина, борющаяся со своей привычкой к транквилизаторам, активно протестует по поводу недоверия Сэма к соседу, и становится необычно решительной в своих нападках на него.

На групповом уровне эта транзакция может быть рассмотрена несколькими способами. Конечно, доверие, на котором сосредоточился Сэм в отношениях со своим соседом по комнате, является тем спорным вопросом, который вся группа хотела бы поднять напрямую. Это, без сомнения, верно, поскольку группа состоит исключительно из новых участников, и каждый человек, вероятно, чувствует неуверенность по поводу уровня сотрудничества, поддержки и безопасности в группе. Выбор проблемы доверия и обсуждение ее как внешнего феномена может быть для участников способом избежать напряженности этого вопроса здесь и сейчас. Бегство группы от прямого обращения к своим чувствам, касающимся недоверия ведущему и членам группы, может также быть отражением общей неловкости, которую каждый участник испытывает в новом и незнакомом окружении.

На межличностном уровне возможно пробуждение старых обид на других участников, или, точнее, на трансферентные фигуры, которые участники представляют друг для друга. Сильная реакция Шерон на Сэма в действительности отражает её злость на то, что ей не доверяют муж и другие важные в её жизни люди. Её гнев вызван тем, что Сэм недостаточно понимает проблемы своего соседа с наркотиками. Она сильно идентифицируется с соседом, потому что чувствует себя несправедливо осуждаемой. Это еще более невыносимо для нее из-за того, что она доверяла людям, а теперь чувствует себя преданной врачом, который выписывал ей транквилизаторы.

Провокативный стиль Сэма, в сочетании с недостаточной терпимостью к чужим проблемам, и его собственное настойчивое отрицание того, что он алкоголик, может вызывать воспоминания Шерон о собственном отце, не признающем себя алкоголиком и критикующем её мать за то, что та недостаточно ему доверяет.

На внутриличностном уровне оба описанных участника, как и все мы, имеют давние тревоги, конфликты, фантазии, защиты и компенсации, которые они принесли с собой в группу. Сэм, например, может отвлекать внимание от собственных сложностей в выздоровлении и достижении абстиненции, вовлекая других участников группы в обсуждение проблемы своего товарища по комнате, в то же время показывая, что он активно взаимодействует с остальной группой на личностном уровне. В то же время, Сэм навязывает группе бесконечные дебаты на тему установления, является ли его сосед аддиктом, хотя прежде всего самому Сэму необходимо задать себе этот вопрос и найти ответ на него. Провокативный и уклончиво-оборонительный стиль Сэма нуждается в понимании, исследовании и, в конечном счёте, в терапевтической конфронтации. Полное понимание того, что происходит в группе, будет требовать сведений на всех трёх уровнях. И только после этого будет достаточно информации для объяснения того, почему это поведение проявилось у этих участников в этой группе именно в это время. Однако, прежде чем это решится, ведущий должен вернуться к первому важному вопросу — какова цель этой группы? (Рис. 2.2)

Рис 2.2

	Обучение	Обучение и изменение	Изменение
Групповой процесс			
Межличностный процесс			
Внутриличностный процесс			

Чтобы помочь себе ответить на него, ведущий теперь имеет на своей концептуальной карте выбор вмешательств, основанный на выполнимых задачах и доступных целях.

Что касается групп, ориентированных на обучающие задания или на инсайт, то три уровня (т.е., интраперсональный (внутриличностный), интерперсональный (межличностный) и групповой) относятся к процессу или системе, являющейся объектом изучения.

Ведущий группы выбирает, какой из этих трёх уровней будет лучше служить интересам и потребностям участников данной группы. Нужно ли им в первую очередь лучше понимать себя, и как этого лучше всего достичь? В контексте изменений понятие уровня направляет нас к таким процессам, которые могут быть двигателями для интервенций, приводящих к изменению. Например, групповое давление (групповой уровень), терапевтические отношения с ведущим и участниками группы (межличностный уровень), или интерпретация и конфронтация защитных структур (внутриличностный уровень); все это — возможные пути изменения поведения химически зависимого человека.

Большинство моделей групповой психотерапии могут быть распределены на следующие четыре категории:

- Группа изменения фокусного критерия;
- Группа, ориентированная на индивидуальное развитие и личностные изменения;
- Группа межличностного общения;
- Процесс-ориентированная психодинамическая группа.

Эти четыре типа групп будут описаны ниже и систематизированы в схемах 2.3 — 2.7. Хотя представленные здесь «когнитивные карты», созданные на основе неформальных наблюдений Сингера за задачами и структурой различных групп, сильно упрощены, они согласуются с эмпирическими аналитическими обзорами Lomranz, Lakin и Shiffman (1972), на основе которых Сингер и его сотрудники и создали свою схему. Разумеется, существует множество групп, которые выбиваются из вышеперечисленных категорий и не укладываются в эту типологию. Несмотря на недостатки данной типологической классификации, презентация и категоризация различных подходов к групповой психотерапии, я надеюсь, обеспечат начинающему ведущему лучшее понимание возможных вариантов, доступных ему в рамках групповой терапии аддикции.

Группы Фокусного Критерия (focused criteria groups)

Группы изменения фокусного критерия специально придуманы для того, чтобы изменять или прекращать саморазрушительное или пораженческое поведение участников. Такие группы обычно краткосрочны и исторически используются при аддиктивных типах поведения (будь то курение, еда или наркотики), при попытках редуцировать симптом (застенчивость, горе, панические расстройства, восстановление после развода, управление болью) или отрететировать поведение (ассертивность, разрешение конфликтов и т.п.). Обычно это или в высшей степени конфронтующие, или в высшей степени поддерживающие группы. Ведущий часто бывает очень активен, и, поскольку в фокусе находится изменение поведения, инсайту или новому знанию о себе придается мало значения.

Эти группы обычно очень специфичны и, вследствие этого, гомогенны по составу. В отличие от гетерогенных групп, которые способствуют пониманию того, как проявляются отличия каждого члена группы, гомогенные ищут сходство в жизнях своих участников, что дает возможность повысить их податливость и добиться изменения поведения. Хотя гомогенные группы фокусного критерия могут проводиться и в амбулаторном режиме, все же для них больше подходят условия стационара, где собираются представители специфической популяции.

Здесь важно точнее уяснить, что означают понятия «гомогенная» и «гетерогенная» группа. Ялом (1975) подробно описал отношение между факторами композиции группы и лечебным результатом. Он сделал вывод: «общее клиническое мнение заключается в том, что гетерогенные группы имеют преимущества над гомогенными при проведении интенсивной интеракционной групповой терапии» (стр. 261). Хотя гомогенные группы быстрее достигают сплоченности и обеспечивают немедленную поддержку (и, следовательно, в них меньше прогулов, уходов и конфликтов), они все же с большей вероятностью остаются на поверхностном уровне, давая меньше возможностей для изменения структуры характера. Изменение характера является настоятельно необходимым компонентом успешной долгосрочной терапии химически зависимого лица. Следовательно, потребность в гетерогенности группы тем больше, чем дольше алкоголик или аддикт воздерживается от приема вещества. Применяя рекомендации Ялома, фокус на гомогенности группы будет более полезным на ранних этапах лечения, а повышение внимания к факторам гетерогенности должно возрастать к более поздним стадиям — постлечебной, профилактике срыва или долгосрочной амбулаторной группе.

Однако, как утверждает Ялом, существуют и другие факторы, которые следует принимать во внимание при выборе гомогенной или гетерогенной группы. Он рекомендует стремиться к максимальной гетерогенности в области паттернов копинга (стратегий поведения в трудной ситуации, прим.ред.) и конфликтных областей, в то же время поддерживая гомогенность по степени уязвимости каждого участника и его способности выносить тревогу. Как знает любой опытный специалист по аддикции, химически зависимые лица на ранних стадиях выздоровления не могут регулировать свою уязвимость или выносить тревогу и неопределенность. Однако, они должны развить эту способность позже, если останутся трезвыми или чистыми, поскольку не будут больше иметь такой роскоши, как химический способ самоуспокоения. Согласно рекомендации Энн Алонсо (Anne Alonso, 1985), группа функционирует лучше всего, когда ведущий удерживает ее на максимально переносимом уровне тревоги. На ранних стадиях выздоровления аддикты и алкоголики не могут выносить двусмысленности или неопределенности. Позднее для них будет критически важным научиться иметь дело с подобными чувствами без химических веществ. Сингер и др. (1975) представили очень нелестное описание группы по лечению аддикции как фокусного критерия, (см. Рис.2.3)

«Целевое поведение является по своей природе аддиктивным; оно превращается в способ избегания тревожности, отчаяния, депрессии, бессмысленности или беспомощности. К тому же, вдобавок к физической зависимости, оно психологически подкрепляется. Программы, в которых это обычно происходит (например, Дом Феникса, Следящие за Весом) и их ведущие сначала используют вступительные ритуалы, включающие в себя исповедь и унижение, для того, чтобы создать мощную идентификацию с программой и группой. Заместительная зависимость делает возможным отрыв от целевого поведения. Ведущие поощряют групповое давление, поддерживающие санкции — не интерпретации или дидактические переносы — чтобы помочь участникам оставаться абстинентными после первоначального отрыва... Ведущие групп фокусного критерия создают впечатление, что внутри- и межличностные процессы являются ключевыми для изменений. При ближайшем рассмотрении оказывается, что в первую очередь индуцируют перемены скрыто используемые групповые процессы» (стр. 146, Сингер и др., 1975).

Рис. 2.3



Исторически то, что считалось групповой психотерапией аддиктов и алкоголиков, было в действительности вариацией гомогенной группы фокусного критерия. Обычно ведущий, очень активный, конфронтующий и директивный, работал последовательно с каждым участником, пока тот сидел на «горячем стуле». Остальные члены группы, в сущности, служили аудиторией или помощниками, конфронтируя или поддерживая пациента, отдавая ведущему власть воздействовать и направлять.

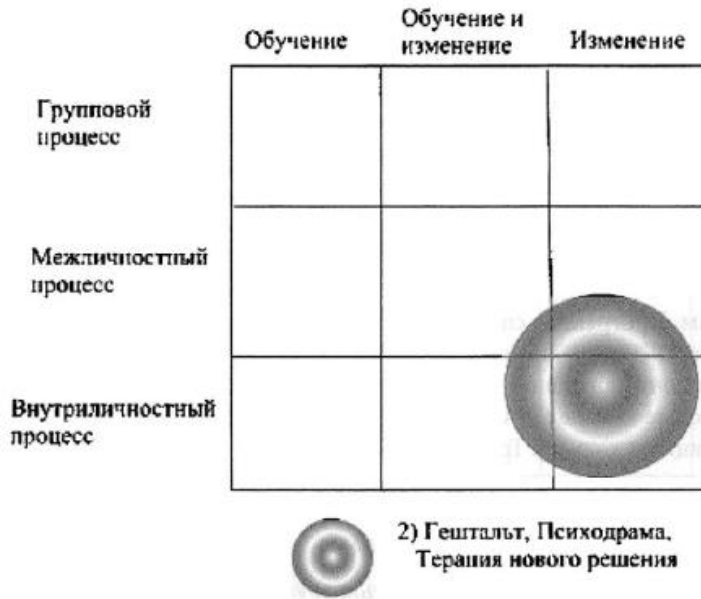
Хотя Сингеру и его соавторам не удалось определенно отнести двенадцатишаговые группы типа Анонимных Алкоголиков, Анонимных Наркоманов и Анонимных Кокаинистов к своему формату групп фокусного критерия, многие характеристики групп подобного типа присутствуют в этих программах. Тем не менее, большая удача, что они исключили АА, АН и АК из данной категории, потому что, хотя их описание групп фокусного критерия для аддикций достаточно точно, ему недостаёт значения двенадцати шагов АА и других ориентированных на абстиненцию программ. Двенадцать шагов АА — уникальный обучающий компонент группового процесса, который является настоящим секретом успеха программы. Как с готовностью признает любой выздоравливающий алкоголик или аддикт, простое хождение на встречи АА не даёт гарантии длительной трезвости или абстиненции. Это происходит лишь при работе по шагам программы. Если двенадцатишаговые программы могут предложить более эффективную помощь своим химически зависимым членам, то зачем АА, АН и АК профессиональное ведение групп? Оно им не нужно, если единственная цель группы — предложить поддержку и гарантировать абстиненцию. Групповая психотерапия никогда не намеревалась заменить АА, АН и АК. Сама по себе она не сделает алкоголика трезвым или наркомана чистым. Программы справляются с этим гораздо эффективнее. Групповая психотерапия должна предлагать химически зависимым лицам понимание внутриличностных и межличностных конфликтов, которые мешают принятию программы и могут быть силами, толкающими к срыву. Групповая психотерапия может также ускорить процесс выздоровления и подкрепить шаги двенадцатишаговых программ для тех людей, кто испытывает трудности в понимании, принятии шагов и в работе по ним.

Индивидуально-ориентированные группы изменений

Группы, которые ведутся в формате индивидуального изменения, также имеют своей первостепенной задачей изменение поведения индивида, будь то уменьшение страдания, рост осознания или повышение способности к творчеству. Следовательно, этот подход имеет некоторое сходство с группами фокусного критерия. Однако, имеется существенная разница в использовании индивидуальной терапии в группе. Хотя этот подход также имеет тенденцию использовать остальную группу как помощников или аудиторию при индивидуальной работе с одним из участников, обычно существует также хорошо проработанная теория, определяющая техники и стратегии задействования группы.

В отличие от групп фокусного критерия, где ведущий проводит индивидуальную терапию в группе, некоторые из этих подходов (психодрама, психомотор) используют остальных участников в очень структурированной и директивной манере, которая усиливает переживания членов группы таким способом, который невозможен в индивидуальной терапии (см.рис. 2.4).

Рис. 2.4



Хотя этот формат включает широкий ряд технических и теоретических подходов к групповой психотерапии, в том числе психотерапию нового решения (Goulding и Goulding, 1979), психодраму (Moreno, 1971), гештальт (Peris, 1969), биоэнергетику (Lowen, 1969) и психомотор (Pesso, 1991), средством для изменения везде является интрапсихическое фокусирование вкупе с интервенцией ведущего. Группа рассматривается как совокупность личностей, и ведущий, по существу, работает в каждый момент времени с одним участником группы, в то время как остальные действуют как наблюдатели, помощники, альтер эго и «значимые другие». Групповые процессы, за исключением товарищеской поддержки или предоставления многочисленных трансферентных фигур, как правило, считаются отвлечением или принуждением к лечению, и активно в работе не используются. Акцент ставится на изменении, а инсайт или научение иногда считается помехой или препятствием к изменению. Прототипом этой модели может являться проводимая Перлзом групповая гештальт-психотерапия, где участники по очереди работают с ведущим группы на «горячем стуле». Интеллектуализация, инсайт и научение в терминах Перлза называются «mind fucking» и свидетельствуют о когнитивных защитах.

Участники группы вместо этого поощряются к фокусированию на своем интрапсихическом опыте, повышая степень своего осознания. Как часто напоминал Перлз, они должны «потерять разум и прийти к своим ощущениям». Изменение является центральным фокусом каждой сессии, а на понимании в обычном смысле ставится небольшой акцент. Однако, не вся гештальт-терапия по природе своей Перлзовская. Эта чрезмерно стереотипная презентация гештальта используется только для иллюстрации, и не слишком справедлива для других гештальт-терапевтов типа Эрва и Мириам Полстеров, которые нечасто используют в своих группах классическую технику пустого стула или «горячий стул», если вообще это делают.

Полстеры и Гулдинги — прекрасные терапевты, которые применяют этот подход в группах. Каждый будет описан в некоторых деталях, чтобы проиллюстрировать преимущества данной модели. Полстеры описывают гештальт-терапию как основанную на феноменологии экзистенциальную психотерапию. Она феноменологическая, потому что акцентирует осознание индивидом того, что он или она переживает в данный момент. Она экзистенциальная, потому что фокусируется на ответственности, свободе и выборе. Гештальт-терапия начиналась как ревизия классического психоанализа (Peris, 1969; Polster, 1975). Она быстро стала целостной и автономной системой, интегрирующей мудрость из различных источников в единую клиническую методологию (Peris, Heiferline и Goodman, 1951). Ее популярность в прошлом ошибочно приписывалась почти единолично Фрицу Перлзу. Однако, не вся гештальт-терапия — это Перлз (Dublin, 1976; Dolliver, 1981). На нее оказали мощное влияние другие (Laura Peris, 1976; Erv и Miriam Polster, 1976; James Simkin, 1976; Joseph Zinker, 1977). Только держа в уме этих других, можно исследовать исторические корни и влияние гештальта.

Гештальт-терапия связана с гештальт-психологией Берлинской школы (Wertheimer, Kohler, Koffka), и обе они являются формами феноменологической теории поля. Главная их характеристика — тотальное непосредственное переживание, здесь и сейчас, а интроспекция обычно рассматривается как источник предубеждений. Переживание, в этой схеме, должно дифференцироваться от допущений или умозаключений. Осознание используется для достижения основного инсайта в основное состояние поля. Интеллектуализация и рационализация считаются в первую очередь защитами и сопротивлением, которое должно быть рассмотрено и исследовано терапевтом.

Ранние эксперименты гештальт-психологов показали, что существует врожденная тенденция организма организовывать восприятие упорядоченным образом, и полностью завершенная конфигурация получила название завершенный гештальт. Незаконченные дела, которые продолжают беспокоить и присутствовать в памяти индивида, позже были названы незавершенными гештальтами. Было постулировано, что такие незавершенные гештальты должны быть вновь пережиты и завершены, иначе они останутся фигурой и исказят переживания настоящего, мешая процессу ассимиляции, который требуется для того, чтобы завершенное переживание могло стать частью фона.

Изменения происходят посредством усиленного переживания, и тревога часто рассматривается как сигнал об источнике дискомфорта, который должен быть пережит и завершен. Причиной невроза являются тупики, которые приводят к фиксации и искажению переживаний в настоящем. Индивиды, застрявшие в тупике, не осознают себя и сомневаются в собственных способностях, что позже останавливает спонтанный поток осознания. Помехи осознанию приводят к сужению и сдавлению границ Я, что, в свою очередь приводит к недостаточной отделенности или чрезмерной зависимости от окружения. Цель терапии зачастую состоит в расширении границ Я и в повышении текучести осознания, чтобы фигуры свободно сменяли одна другую, позволяя индивиду быть в полном контакте с окружением. Границы Я расширяются в первую очередь в процессе контакта.

Эксперимент — ключ к гештальт-терапии и попытка «проработать» тупик. Поскольку мышление считается главной защитой против ассимиляции, гештальт-терапия часто прибегает к методу действия для повышения осознания и усиления контакта. Фриц Перлз расширил теорию телесного панциря и структуры характера Вильгельма Райха, обеспечив гештальт-теоретиков способом обходить когнитивные защиты, делая акцент на соматических защитах и зажимах. Психодраматические техники Морено послужили прототипом для развития метода действия, типа диалога двух стульев, предписания и управляемых фантазий, которые облегчают и повышают осознание, необходимое для контакта. Таким образом расширяются границы Я, и тупики могут быть проработаны с большей легкостью. Нужно помнить, что постулатом гештальт-терапии является то, что природа человека организована в виде паттернов и целостностей. Однако, как продемонстрировали Полстеры (1976) и Келли (Kelly, 1955), каждое понятие подразумевает свою противоположность; наш разум и чувства постоянно реагируют на двойственность в нашем окружении. Гештальт-терапия в своей лечебной философии повторяет Гегелевскую — тезис, антитезис и синтез.

Таким образом, резюмируя, гештальт-терапия, как ни одна терапия до нее, подчеркивала и развивала теорию оптимального человеческого функционирования. В определенном смысле, это система убеждений, которая описывает, как индивид может жить полно и свободно от одного момента к другому, автономный и независимый.

Гештальт-теория и влияние Фрица Перлза также очевидно в терапии нового решения. Боб Гулдинг (половина команды, породившей этот теоретический подход) долгое время работал с Фрицем Перлзом. Гулдинги фактически инкорпорировали гештальт-теорию (или, по крайней мере, гештальт-техники) в свою модель Нового Решения. Гулдинги также подчеркивали ответственность, свободу, выбор и настоящее. В отличие от терапии чистых гештальтистов, терапия Гулдингов имеет сильный когнитивный компонент, который был привнесен из отношений Боба с Эриком Берном (1961). Берн развивал бихевиоральную теорию, которая должна была помочь объяснить природу человека. Он был ученым, и интересовался тем, как можно объяснить, предсказать и контролировать и поведение, и чувства. Его подход был в первую очередь когнитивным, а уже потом психоаналитическим. Однако, он тоже был обучен Фрейдовской психологии и испытал ее сильное влияние. Состояния, которые принимает его эго (Родитель, Взрослый и Ребенок) — просто замена Фрейдовских Эго, Ид и Суперэго. Однако, транзактный анализ — это гораздо больше, чем эго-состояния. Он развился в теорию, которая гораздо сильнее фокусируется на решении и выборе, чем какая-либо теория до него.

Наблюдатели скоро поняли, что Гулдинги упорствуют в своем решении добиться изменений. Они настаивали на коротких, двадцатиминутных отрезках времени, и доказали, что люди могут изменяться в течение одной сессии. Они являются радикальными экзистенциалистами в том смысле, что они настаивают на том, чтобы люди признали свою полную ответственность за то, как они думают, ведут себя, действуют и чувствуют. Следовательно, люди должны понять, что они — единственные, кто обладает властью привнести изменения в свою жизнь. Гулдинги исходили из простой, но эффективной модели, которая использует три принципа интервенции: (1) работа над контрактом; (2) работа по прояснению тупика; и (3) работа над новым решением. Однако, в терапии Гулдингов происходит гораздо больше, и я отсылаю заинтересованного читателя за кратким описанием мастерской Гулдингов к прекрасному анализу Джона МакНеила (John McNeel, 1977) семи компонентов терапии нового решения.

Когда мы чувствуем себя плохо, по мнению Гулдингов, мы часто делаем одну из трех вещей: мы находимся в другом месте, другом времени или где-нибудь еще, застряв в фантазии или в «игре». Игра и фантазия для Гулдингов чрезвычайно важны, поскольку без них у «рэкета» и плохих чувств нет возможности сохраняться. Такие рэкетные чувства часто могут быть прослежены до ранних решений, принятых в детстве, и здесь Гулдинги внесли свой уникальный и важный теоретический вклад. Согласно теории трансактного анализа, решения, даже забытые (неважно, насколько сильно они внушались ранним родительским программированием, или насколько необходимы они были для выживания в детстве), очень сильно определяют наше Я. С другой стороны, они до некоторой степени обратимы.

Каждый из нас, в соответствии с этой схемой, принял в детстве необходимые ранние решения, чтобы выжить в том мире, каким мы его переживали тогда. Однако, хотя эти ранние решения служили для выживания в то время, когда были приняты, они и сейчас остаются вне нашего осознания, на бессознательном уровне, и часто вносят свой вклад в проблемы, которые мы сейчас переживаем. Следовательно, ошибочные решения, принятые на основании неадекватной информации на примитивном уровне, должны быть осознаны, пересмотрены, если это необходимо, и заменены новыми решениями, базирующимися на реальных фактах.

Гениальность Гулдингов заключается в прагматической эффективности их модели принятия нового решения и изменения. Ныне классическое исследование эффективности лечения (Libermann, Yalom и Miles, 1973) ясно показало, что Боб Гулдинг — самый результативный терапевт из всех, кто участвовал в данном исследовательском проекте. Его эффективность частично детерминировалась двумя факторами. Во-первых, словами Либермана, Ялома и Майлса, он являлся умеренным аффективным стимулятором, то есть обеспечивал достаточное возбуждение участников группы, но не подавлял их своими интервенциями и конфронтациями. Во-вторых, путем интегративного использования когний (трансактный анализ) и катарсиса (гештальт), он мог соединить два критических компонента эффективного изменения. Исследование продемонстрировало, что одного только инсайта недостаточно для изменения поведения. Пока его не будет сопровождать эмоциональное возбуждение, долгожданные перемены не наступят.

В последнее десятилетие модель терапии, представленная Перлзом, Полстером и Гулдингами, шагнула вперед в своем развитии и завоевала популярность у практиков. Кроме психодрамы (Морено, 1971), существующей почти так же долго, как Фрейдизм, и являющейся бабушкой индивидуально ориентированного подхода к групповому лечению, существует еще интеграция схожих, но разноречивых теорий в общий формат, который обычно называют регрессивной терапией, или интенсивной экспрессивной психотерапией (ИЭП). В период возобновления энтузиазма по поводу этого подхода к лечению аддикций, часть восторга сошла на нет из-за его тенденции производить каузальности (см. Главу 15). Однако, она по-прежнему широко используется в различных лечебных программах и многими терапевтами по всей стране.

Популярность ИЭП возродилась после того, как она была применена в национальном масштабе различными лечебными программами в качестве терапевтической модальности для созависимости и Взрослых Детей Алкоголиков (ВДА). Однако, она постепенно превратилась в метод выбора для аддиктов и алкоголиков, которые не отреагировали на более традиционные формы лечения и двенадцатишаговые программы. Существовала надежда, что этот подход может помочь тем из аддиктов и алкоголиков, кто перенес множество срывов и не был способен поддерживать трезвость сколько-нибудь продолжительное время, несмотря на то, что прилежно и истово работал по шагам. В конце концов, модель ИЭП применялась с некоторым успехом и к жертвам сексуального злоупотребления, пациентам, страдающим расстройствами пищевого поведения и многими формами диссоциативных нарушений, особенно посттравматическим стрессовым расстройством. Было обнаружено, что в некоторых случаях этот метод был полезен для чрезмерно контролирующихся и эмоционально зажатых пациентов, которым не помогли ни медикаменты, ни более традиционные формы «разговорной терапии». Приверженцы этого подхода считают, что единственным противопоказанием для ИЭП является умственное расстройство (шизофрения) или острый психоз.

Персонал лечебных программ был мотивирован к использованию данной модели, потому что они пытались найти способы быстро воздействовать на химически зависимого пациента на эмоциональном уровне, в то время как многие из этих лиц были полностью лишены контакта со своими чувствами и сопротивлялись любым менее вызывающим методам терапии. Конечно, фрустрация от взаимодействия с характерологическими защитами и особенностями личности, обычными для этого контингента, толкает к поиску альтернативных и более эффективных методов лечения. Хотя фрустрация при попытках лечить патологию характера не ограничивается случаями аддикции, два этих расстройства часто идут рука об руку. Практики давно ищут способы воздействовать на таких пациентов и эффективно лечить их. Луис Ормонт (Louis Ormont, 1992) называет таких индивидов страдающими от президипальных конфликтов. Он утверждает, что они представляют собой особую проблему, поскольку их трудности возникли до того, как они научились эффективно пользоваться словами. В результате, они склонны к тому, чтобы действовать или реагировать эмоционально, а не говорить. Они обычно не реагируют на интерпретации. Ормонт утверждает, что на них следует воздействовать через чувства и действия. Следовательно, есть основания считать, что ИЭП, с ее акцентом скорее на действиях, а не на словах, может иметь для этих пациентов больший терапевтический эффект, чем другие методы.

Президипальную личность в общем можно понимать как человека, развитие которого было остановлено до того, как он научился выражать свои мысли словами. Поскольку личность формируется до того, как ребенок достигает достаточной силы эго, взрослому, поступающему на лечение, трудно или даже невозможно выразить словами свои конфликты, трудности или чувства. Раннее происхождение нарушения подразумевает, что трудности развились большей частью или полностью до того, как ребенок мог найти хотя бы рудиментарные языковые средства для самовыражения или когнитивно понять смысл своих переживаний. Базируясь на таких объяснениях проблемы, ИЭП-терапевты считают, что при работе с такими пациентами бесполезно использовать слова или интерпретации как терапевтические техники. Инсайт или научение невозможны или не имеют никаких последствий. Аффект — необходимое первое требование для того, чтобы произошло изменение.

ИЭП-терапевты также уверены, что один из наиболее часто используемых инструментов для лечения аддикции — конфронтация — мало полезна, поскольку такие индивиды обычно не могут переживать свою внутреннюю сущность, истинное Я. Вот почему некоторые стратегии, предлагаемые Джоном Брэдшоу (John Bradshaw, 1993) были, по общему убеждению, чрезвычайно ценными. ИЭП-терапевты старались достичь того, что Брэдшоу и другие называли «внутренним ребенком», чувства и эмоции которого были либо диссоциированы, либо «заморожены во времени», когда произошла изначальная травма. ИЭП использует техники, которые призваны помочь разрушить или растворить диссоциативные барьеры, освобождая замороженные эмоции, что, предположительно, поможет преэдиальному пациенту получить опыт своего «истинного Я», или «внутреннего ребенка».

Хотя НЭП впервые появилась как новая техника для неопытных групповых терапевтов, принципы, которые лежат в ее основе, имеют долгую историю и традиции. Одна из главных тем НЭП-подхода — то, что они обычно применяют в группе — это психотерапия, «ориентированная на действия». НЭП лучше всего можно описать как рыхло организованную совокупность техник и прикладных методик, основанных на теоретическом принципе, который вместо «всего лишь» обсуждения индивидами своих чувств, мыслей или прошлых событий использует методы, помогающие им получить опыт переживания своих мыслей и чувств «здесь и сейчас» в группе, что для них гораздо более полезно. Участников направляют и поощряют к выражению своих переживаний поведенчески и эмоционально.

НЭП часто критикуют как набор техник, не подкрепленный теорией. Хотя это, в общем-то, частично и правда, но все же это не совсем справедливая оценка. Многие теоретические принципы восходят к психодинамической теории Фрейда с ее понятиями катарсиса, отреагирования и коррективного эмоционального опыта. НЭП, в первую очередь, интересуется эмоциями пациентов и их выражением. НЭП-терапевт скорее дает пациенту пережить свои эмоции и дать им выражение, чем слушает, что тот думает, или как он анализирует и интеллектуализирует свои чувства.

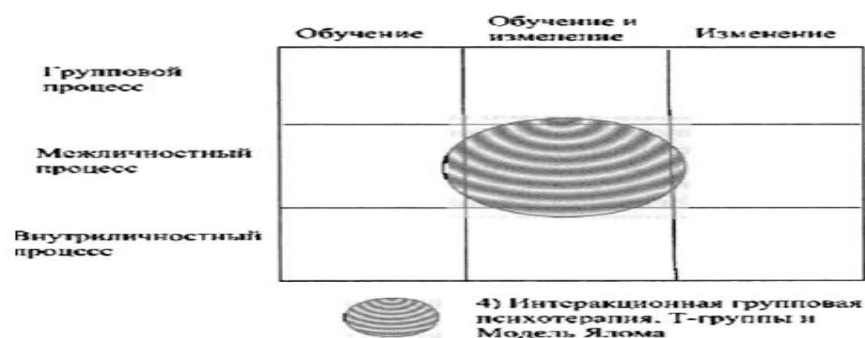
Важная часть наследия НЭП связана с «ориентированной на действия» психотерапией. Ее корни тянутся в 1930-е, когда Джекоб Л. Морено обнаружил, что гораздо полезнее дать пациентам разыграть свои конфликты и затруднения психодраматически, чем выслушивать, что они об этом говорят. Морено называл этот подход «Театром спонтанности». Спустя годы его ранние теории были развиты другими людьми (Фрицем Перлзом в гештальте, Бобом и Мэри Гулдингами в терапии нового решения, Александром Лоуэном в биоэнергетике, Элом Пессо в психомоторе), которые смотрели на интеллектуализацию, рационализацию и изоляцию аффекта как на главные препятствия, которые должны быть преодолены, чтобы пациент смог «проработать» свои неразрешенные травмы и тупики.

В течение последующих десятилетий эти теории были подвергнуты синтезу и консолидированы в широкую совокупность знаний, которая рассматривает выражение эмоций и высвобождение запертых или заблокированных чувств как главную цель психотерапии. Одного интеллектуального понимания и инсайта обычно бывает недостаточно, чтобы освободить человека от инвалидирующей его тревоги, депрессии, повторяющегося саморазрушительного поведения и аддикции. Для достижения этого результата были разработаны специальные техники, которые, по широко распространенному мнению, лучше всего работают в условиях группы. Группа обеспечивает необходимый баланс стимуляции, поддержки и идентификации, чтобы помочь пациенту проработать чувства страха, стыда и изоляции, которые всегда сопровождают эти состояния и нуждаются в последовательной терапевтической работе.

Группы межличностного научения и изменения

Группы межличностного научения ведут свое происхождение от ныне классического тренинга сензитивности, или Т-групп. В настоящее время этот групповой подход был определен и отнесен Сингером в категорию интеракционной групповой психотерапии; данное направление в основном ассоциируется с Ирвином Яломом (1985). Целью этого подхода является помощь участникам группы в понимании воздействия, которое их поведение оказывает на других, и как поведение других, в свою очередь, влияет на них. Чувства и выражения эмоций исследуют в убеждении, что они играют существенную роль в мотивации, коммуникации и поведении. Таким образом, главной обучающей задачей в Т-группах является внимание к происходящему в них межличностному взаимодействию.

Рис. 2.5



Ялом впервые добавил варианты к этому подходу, используя размораживание поведения как еще один способ поощрения дополнительных изменений участников группы. Задача ведущего — быть ролевой моделью, дающей обратную связь без оценки поведения участников. Переживания подтверждаются под руководством ведущего, что позволяет людям в группе достигать согласия с другими, и дает им возможность понять, как их поведение и действия влияют на других. Ялом считал, что научение и изменение неразделимы, и одно не может происходить без другого.

Взгляды Ялома на изменение и научение приобретают дополнительную важность, когда речь идет о работе с химически зависимыми лицами. Любой групповой ведущий, который контактировал с двенадцатишаговыми группами на долгосрочной основе, знает, что химически зависимый человек может дойти до смерти, пока специалисты исследуют причины того, почему он пьет. Подход, который фокусируется только на инсайте, самопонимании и научении, на ранней стадии лечения и выздоровления обычно оказывает непродолжительный благотворный эффект.

Модель Ялома и интерперсональный подход будет подробно обсуждаться в Главах 4 и 5. Сейчас будет важно знать, что этот подход — один из тех, где межличностное взаимодействие членов группы является важнейшей частью лечения. Группе как целому или интрапсихической динамике уделяется мало внимания. Ялом подчеркивает соблюдение баланса между когнитивной и эмоциональной составляющими, чтобы члены группы имели возможность как понимать что-то о себе, так и менять свое поведение. Когда группа служит социальным микрокосмом, у ее участников есть шанс научиться чему-то в отношениях с другими и попрактиковаться в новом поведении, взаимодействуя с ними. Если они смогут делать это в группе, то новое поведение станет возможно генерализовать и на «реальный» внешний мир.

Групповой процесс в психодинамических группах

Последняя модель, которая будет здесь представлена, выбрана как завершающая именно потому, что данный подход используется наиболее широко и покоится на самой солидной теоретической базе. Благодаря глубокой разработанности своего фундамента, он позволяет легко инкорпорировать остальные три модели и интегрировать аффект, изменение, инсайт и научение. Как скоро станет ясно из обзора, психодинамический подход к групповой терапии имеет широкий спектр влияния и множество интерпретаций того, какие потребности акцентируются при его применении.

То, что сейчас называют психодинамической групповой психотерапией, развилось из общей модели группового лечения, которая признает существование трех главных сил, постоянно действующих в терапевтической группе: интрапсихические, или индивидуальные динамики, межличностные динамики, или система, и динамики группы как целого. Задача ведущего в рамках этого подхода — интегрировать все компоненты в связный, текучий и взаимодополняющий поток, постоянно помня, что существует избыток переменных (стадия группового развития, сила эго каждого участника, популяция, к которой они принадлежат, индивидуальные сопротивления, действующие в согласии с групповым сопротивлением, индукция групповых ролей, и т.п.), которые влияют на то, какой тип интервенций (групповой, индивидуальный или межличностный) должен преобладать в данной группе в данный момент. Опытный ведущий психодинамических групп также знает, что уровень интервенции, который он в данный момент выбрал, оказывает влияние и на другие два уровня. Также он хорошо осознает, что излишняя концентрация на одном из уровней вмешательства ценой оставшихся двух уменьшает степень воздействия и лечебный эффект. Уровень интервенций, приоритетный в психодинамически ориентированной группе, частично определяется теоретической ориентацией терапевта, а частично его образованием, опытом и личностью. Вследствие этого, очень редко можно встретить двух психодинамически ориентированных ведущих, которые пишут на эту тему или ведут группы совершенно одинаково.

В определенной таким образом области психодинамической процесс-ориентированной групповой психотерапии существует большое количество разнообразных вариаций. Обучающийся ей вскоре понимает, что способ, которым учит групповой психотерапии Вилфред Бийон (Wilfred Bion, 1961), сильно отличается от других известных авторитетов, таких как Александр Вульф (Alexander Wolfe) и Эрнест Шварц (Ernest Schwartz, 1962). Эти теоретики, в свою очередь, очень отличны в своих подходах к терапии от того, что носит название психодинамического группового процесса и представлено такими именами, как Хелен Даркин (Helen Durkin, 1964), Хенриетт Глацтер (Henriette Glatzter, 1969), Энн Алонсо (Anne Alonso, 1985), Скотт Рутан и Уолтер Стоун (Scott Rutan and Walter Stone, 1993), и Луис Ормонт (Louis Ormont, 1992).

Так или иначе, прежде чем начать улавливать тонкости и различия между этими подходами к групповой психотерапии, нужно понять, что все они основываются на психодинамической теории Фрейда. Вклад Зигмунда Фрейда (1921) в групповую психологию невозможно игнорировать. Любая заметная школа групповой психотерапии испытала прямое или не прямое влияние его идей. Фриц Перлз в гештальте, Эрик Берн в транзактном анализе, Морено в психодраме, Гарри Стэк Салливан со своей интерперсональной теорией личности последовательно влияли на Ирвина Ялома, так же как каждый процессуально ориентированный групповой психотерапевт от Вилфреда Биона до Александра Вульфа основывали свои воззрения на Фрейдовской психологии.

До того, как начать описывать сходства и различия между этими школами групповой психотерапии, следует кратко изложить Фрейдовские ранние работы по этому вопросу. Замечание Фрейда о регрессии в группах — главная часть понимания динамики любой группы — отражает его самый важный вклад в групповую психологию. Фрейд придерживался непоколебимого убеждения, что групповой или стадный инстинкт безумен, примитивен и, в конечном счете, деструктивен. Члены группы будут постоянно, хотя часто бессознательно, стараться определить, как им выживать во вновь сформированной группе. Для этого индивиды в чуждых условиях группы будут вынуждены иметь дело с примитивными эмоциями типа агрессии, страха, гнева и тревоги, потому что они обречены регрессивно реагировать на базовую ситуацию выживания. Фрейд, более чем кто-нибудь до него, защищал индивида от непреодолимых сил стадного чувства, и считал каждого индивида борющимся с давлением общества, вынуждающим его соответствовать групповым нормам. Между индивидом (которого Фрейд защищал) и обществом (или стадным инстинктом, вызывающим у Фрейда ужас и отвращение) всегда существует конфликт. Фрейд считал группу источником заразительного снижения сознательности, что приводит к отрицанию каждым участником своей индивидуальности при попадании в группу. Члены группы жаждут послушания и испытывают потребность в конформности; они зависят от сильного ведущего. Таким образом, они сдают этому бессознательному влечению и проецируют свой эго-идеал на ведущего. Групповой идеал вследствие этого персонализируется ведущим, который, в свою очередь, подменяет эго-идеал каждого участника группы. У группы существует потребность сделать лидера большим, чем жизнь. Хотя члены группы хотят, чтобы их ведущий был более великим, чем он есть на самом деле, поскольку вера в это обеспечивает им защиту, они вдобавок мечтают и о том, чтобы развенчать и разрушить его. Амбивалентность участников относится к более примитивным стадиям их развития и отражена во Фрейдовской мифе о первобытной орде (где братья обретают кровные узы после убийства отца). Члены группы затем попытаются создать мифического героя, который, как они надеются, выполнит задачу стать больше, чем жизнь, в убеждении, что это защитит их от вины и тревоги, которые сопровождают их индивидуальность и обычно ассоциируются с ответственностью, неотделимой от свободы выбора. Вся жизнь, по Фрейду, является борьбой с амбивалентностью, берущей начало в дуализме взглядов индивида — в желании победить авторитет и жажде обрести безопасность, идентифицировавшись с групповым разумом. Отрицание каждым членом группы своей индивидуальности ведет, в конечном счете, к патологии личности, которая поэтому рассматривается как побочный результат коллективных сил, стадного инстинкта и социального давления.

Самый важный аспект вклада Фрейда в групповую психотерапию — та важность, которую он придавал регрессии в группах. Регрессия — наиболее важный и первичный феномен любой группы. Если ведущий не признает важности регрессии и последствий, которые она имеет для безопасности и доверия химически зависимых участников, он имеет мало шансов сделать групповой опыт полезным для их лечения. Значение доверия, безопасности и сплоченности в группе будет обсуждаться в Главе 15, вместе с исследованием лечебных факторов Ялома в приложении к групповой психотерапии аддиктов и алкоголиков. Сейчас будут исследованы различные теоретические точки зрения, касающиеся психодинамически ориентированных групп.

Обращение к группе как целому лучше всего представлено малыми группами Тэвистокского типа, или учебными группами (Bion, 1961; Rice, 1965). В строгом Тэвистокском подходе групповой процесс имеет единую обучающую задачу, которая фокусируется на уровне группового представления, особенно вокруг вопросов авторитета и скрытых процессов. Второй акцент, если таковой есть, делается на межличностном феномене, (см. Рис. 2.6).

Рис. 2.6



Интерпретация и интервенция фокусируются на феноменах, происходящих «здесь и сейчас» с группой как системой, и главными инструментами ведущего являются строгое соблюдение границ времени, ролей и задач. Акцент ставится на авторитетных отношениях и реакциях на лидерство участников группы. Чувства в группе обычно сфокусированы прежде всего на ведущем, и только потом на других участниках. Такие группы обычно сложно вести, и многие Тэвистокские ведущие допускают, что строго Тэвистокская группа не является психотерапевтической, и никогда не задумывалась как таковая. (Kline, 1983). Тэвистокские группы служат для обучения участников тому, как они реагируют на авторитеты и стрессовые двусмысленные ситуации. Каждый выздоравливающий алкоголик или аддикт, являющийся активным участником АА, АН или АК, может однозначно ответить на эти вопросы. Химически зависимая личность обычно испытывает крайние затруднения в обеих этих областях жизни. Следовательно, такой групповой подход к начавшим выздоравливать алкоголикам и аддиктам только увеличит их проблемы вместо того, чтобы помочь им заняться своей абстиненцией.

Вилфред Бион (1961) — теоретик, наиболее близкий к Тэвистокскому подходу. Модель Биона не принимает в расчёт личность в группе и доходит до утверждения, что, если ведущий обращается к индивидуальной проблеме в групповом формате, то он вступает в сговор с членами группы в их попытке избежать групповой работы, позволяя им переместить фокус с главных групповых проблем. С точки зрения этого подхода, когда индивидуумы собираются вместе, они регрессируют до группового разума. Бион предпочитает видеть группу как совокупность личностей в состоянии регрессии. Участники группы будут пытаться сопротивляться возникновению психотических и невротических проявлений, используя три основных допущения (т.е., борьба-бегство, зависимость и спаривание). Эти допущения будут исследованы более детально в Главе 14. Сейчас достаточно сказать, что Бион считает эти допущения формой группового сопротивления, которое необходимо интерпретировать и заниматься им. Личность нельзя лечить в группе, и единственной возможной целью лечения, с точки зрения Биона, является обычно разделяемая всей группой тревожность и защиты, устанавливаемые против неё.

В последние несколько лет Агазарян (Agazarian, 1992) выработала свое уникальное применение подхода к группе как целому. Она использовала многие принципы общей теории систем (ОТС) и применила их к групповой терапии. Она придерживается мнения, как и большинство практиков ОТС, что все системы обладают общей фундаментальной структурой, и из-за их изоморфизма вы не можете помочь иначе, чем изменив одну часть системы, осуществив вмешательство на другом уровне этой же системы. С точки зрения Агазарян, в группе всегда действуют три системы. Это система группы как целого, подсистема (двое или больше членов группы) внутри большей системы, и индивид, имеющий свою собственную внутреннюю систему объектных и я-объектных репрезентаций. Такая трехъярусная групповая система оперирует в большем контексте четвертой системы, которая может быть стационаром или другой организацией, проводящей лечение. Каждая часть системы влияет на три остальные.

Эта модель относительно нова и Агазарян разрабатывала свою теорию по мере накопления опыта и информации. Сначала она отстаивала взаимодействие на уровне сверхсистемы (группы как целого) и рекомендовала ведущему лишь постепенно спускаться на уровень системы. В последние годы она больше использует подсистемы в своем лечении. Как и большинство системных теоретиков, она верит, что индивид в группе никогда не говорит от себя и всегда озвучивает общегрупповое напряжение. Регрессивная тяга сверхсистемы (группы как целого) взаимодействует с личностными динамиками участника, а они, в свою очередь, будут побуждать его играть ту роль, которую он играл в семье или в жизни. Следовательно, посредством регрессивного давления групповых динамик, личностные динамики каждого участника воспроизведутся в группе в виде навязчивого повторения.

Общая теория систем обращает очень большое внимание на роли, которые участники принимают в группе. С системной точки зрения, противоположные позиции и взгляды должны быть артикулированы в группе по крайней мере одним участником, поскольку теория гласит, что каждое действие в системе порождает реакцию. Например, если существует регрессивное давление в направлении группового консенсуса по поводу того, что в группе нет агрессии и враждебности, и если это отрицание реальности принимает форму заявления типа «Это самая безопасная из всех групп, и никто не может быть обижен в ней», то должен появиться девиантный голос с другой стороны континуума, говорящий «Я не чувствую себя здесь в безопасности». Наличие людей, озвучивающих противоположные полюса проблемы, не только обозначает границы группового опыта, оно также обеспечивает тестирование реальности. Использование Агазарян подгрупп для того, чтобы озвучить противоположные позиции, мотивировано осознанием того, что одному человеку часто бывает слишком трудно или страшно принять на себя девиантную роль в группе. Зачастую персону, говорящую правду, которую семья или группа не хочет слышать, становится козлом отпущения. Агазарян понимает, что именно регрессивное давление группы располагает участников в соответствии с ролями, и что козел отпущения и идентифицированный пациент — две наиболее часто используемые роли. Если остальная часть группы может проводить время либо нападая на одного участника, вмещающего в себя все плохое (козел отпущения), либо помогая кому-то, олицетворяющему все больное (идентифицированный пациент), то им не нужно делать что-то с самими собой.

Агазарян считает психопатологию по большей части результатом желания людей отщеплять или отрицать негативные аспекты самих себя, что проявляется в проецировании этих отторгнутых частей на других. Юнг описал бы это как неудачу в узнавании и присвоении своей темной стороны, или как нежелание это делать. То, что отрицается, остается скрытым, влияя на действия бессознательным образом. Тесно связана с этим защитным процессом и тенденция людей придерживаться позиции все-или-ничего. Аддикты и алкоголики всем известны с этой стороны, и двенадцатишаговые программы называют это тенденцией к «черно-белому мышлению». Такая ригидная позиция служит защитой от тревоги. Помещение человека или ситуации в рамки определенной категории, типа «хорошего» или «плохого», снижает неопределенность и делает мир с виду более предсказуемым и безопасным. Конечно, это происходит ценой отрицания реальности и постоянной потребности в ком-то, кто вмещает в себя все плохое или все хорошее. Агазарян вынуждает свои группы обращаться к двусмысленности, неизбежной в жизни, настаивая на том, чтобы участники фокусировались на противоположностях и разделялись внутри группы. Она хочет, чтобы каждый человек обжил амбивалентность своего актуального существования. Она хочет, чтобы это было проработано без отрицания и не отыгрывалось в виде навязчивого повторения.

Ее предпосылка состоит в том, что, если ведущий фокусирует внимание на сверхсистеме группы, то развивающиеся динамики, присущие этой или любой другой системе, породят тревогу и конфликт, который вынудит индивидов, составляющих систему, признать и проработать свои индивидуальные различия. Другими словами, индивидуальные динамики каждого участника столкнутся с групповыми динамиками. Все эти проблемы прорабатываются и преодолеваются на групповом уровне. Благодаря процессам изоморфизма, или осмоса, различия будут контейнированы подгруппами и, в конце концов, интегрированы и усвоены индивидуальными членами системы. Большинство индивидов слишком защищены от некомфортной тревоги или агрессии, и имеют разные уровни толерантности и осознания этих чувств. Группа обеспечивает своим членам поддерживающую среду и составное «групповое эго» (составленное из наблюдающих эго всех участников), которое повышает гибкость и доступность ресурсов, потому что каждый вносит вклад в наблюдение или чувство. Следовательно, это увеличивает наблюдения и осознание всех участников. Вся система и ее подсистемы служат контейнерами для чувств и мыслей членов группы, давая возможность модулировать и интегрировать их. Подобно диалектическому процессу (тезис, антитезис, синтез), системный подход позволяет пережить и сделать переносимыми расщепления и противоположности. Задача ведущего — усиливать коммуникацию между границами расщепления. То, как группа коммуницирует, гораздо важнее, чем то, о чем идет речь. Эти стратегии открывают границы для усиления коммуникации и развития лучшего понимания тех аспектов себя, которые отделены внутренней стеной.

В ярком контрасте с позициями Биона и Агазарян, Вульф и Шварц (1962) считают группу и групповой процесс метафорами, иллюзией, которой не существует. Вульф сатирически советовал ведущим группы всегда помнить, что «на лечение приходят личности, а не группы». К этому он добавляет пронизательное критическое замечание: «групповые динамики никогда и никого не вылечили». Для ведущего адресовать интерпретацию группе — лишь помогать в создании иллюзии группового сознания. Вульф предостерегает ведущего от подкрепления такого убеждения, так как группы пытаются сделать всех участников похожими. Группы заставляют каждого своего члена регрессировать и вести себя так же, как доминирующий участник. Групповое эго — это мистика, артефакт, произрастающий из группового конформизма, давления и идентификации. Этой тенденции продуцирования общего группового сознания, согласно Вульфу и Шварцу, должен быть брошен вызов, ибо она усиливает иллюзию, поощряет регрессию и угодливость, минимизируя индивидуацию участников группы. Вместо этого акцент в группе должен быть сделан на отдельности ее участников, индивидуальности и трансферентных искажениях. Из-за того, что обстановка группы позволяет личным конфликтам проявиться в отношениях с другими участниками, ведущий получает больше материала для работы, чем возможно при индивидуальной психотерапии. Индивидуальная терапия в группе редуцирует интенсивность переноса, существующего в индивидуальном сеттинге, позволяя индивиду получить больше пользы от лечения.

Даркин (1964) и Глацтер (1969), в свою очередь, отстаивают комбинацию интраперсонального и группового процессов. Корни их убеждений уходят в Британскую школу эго-психологии, и они видят первостепенную задачу ведущего в рассмотрении и анализе черт и защит эго в условиях группы. В своей схеме они сосредотачиваются на оценке развития эго в убеждении, что анализ будет направлен на неадаптивные компромиссы, на которые эго вынуждено было пойти для того, чтобы выжить в стрессовой и дисфункциональной ситуации. Психопатология есть часть продолжающегося процесса — попыток эго справиться с ситуацией, и именно в трансферентных искажениях проявятся эти неадаптивные усилия. Группа предоставляет большее количество источников переносных искажений, и у ведущего есть легко доступная лаборатория, позволяющая видеть, как отдельные участники отыгрывают свою патологию. Это гораздо лучше, чем обсуждать ее с ними в абстрактной форме. Целью группы, по Даркин и Глацтер, является анализ этих трансферентных сопротивлений и показ каждому участнику того, как его прошлое продолжает воздействовать на его настоящее функционирование.

Групповое окружение также позволяет ведущему более эффективно обращаться с эго-синтонными защитами. Эго-дистонная защита отличается от эго-синтонной тем, что последняя представляет собой защитную позу, более укорененную и характерологическую по своей природе. Подобная защитная позиция обычно вызывает мало озабоченности у своего обладателя. В противоположность этому, лица с эго-дистонной защитой испытывают некоторые внутренние затруднения.

Именно защитный стиль алкоголиков и аддиктов (т.е. нарциссическое отыгрывание, аддикция и т.п.) причиняет другим наибольшие неприятности, и часто приводит таких индивидов к лечению по настоянию рассерженного начальника, несчастной супруги и фрустрированных значимых других. Условия группы, благодаря трансферентным искажениям и конфронтации других участников, позволяют эго-синтонным защитам стать эго-дистонными, таким образом, сильнее мотивируя индивида к изменению. Зачем еще таким людям меняться, если им лично их поведение приносит мало дискомфорта, и они твердо уверены, что это у других проблемы, если тем трудно иметь с ними дело?

Группа, по модели Даркин и Глацтер, также даёт ведущему возможность избежать как негативного, так и позитивного трансферентного искажения. Чрезмерно податливый пассивно-агрессивный индивидуум, имеющий позитивный перенос на своего индивидуального терапевта, скорее скроет чувство гнева. Участники группы с большей вероятностью станут доступной мишенью для гнева подобного субъекта. Потребность в поддержке и понимании со стороны членов группы также с большей легкостью будет удовлетворена, так как другим участникам легче, нежели ведущему, спонтанно реагировать поддерживающим образом во взаимодействии друг с другом.

Самый распространенный и исчерпывающий подход к теории психодинамических групп представлен Рутаном и Стоуном (1993). Они смогли инкорпорировать многие аспекты различных теоретических позиций настолько глубоко, что соединили важные элементы точек зрения теории объектных отношений и психологии самости. В следующих главах, посвященных психодинамике аддикции и долгосрочным стратегиям лечения, будут представлены многие положения этого подхода.

Специфическое применение для лечения аддикций

Обзор различных уровней интервенций, доступных в группе, был призван проиллюстрировать преимущества и недостатки каждой модели. Но ключевой вопрос звучит так: какой подход будет лучшим для химически зависимого индивида? К сожалению, на этот вопрос нельзя ответить категорически, потому что существует множество переменных, которые надо учитывать при выборе лучшего стратегического подхода. То, что лучше всего действует с неаддиктивными пациентами, не обязательно сработает с аддиктами. То, что лечение — зависящий от времени процесс (то, что работает на ранних этапах, не обязательно будет полезным позже), должно быть ведущим принципом при работе с аддиктами. Глубинная патология характера, сила эго и даже наркотик выбора должны быть учтены для того, чтобы максимизировать эффективность группового процесса.

При работе с аддиктами важно помнить о соблюдении баланса между аффективным и когнитивным компонентами, научением и изменением, структурой и неопределенностью, индивидом и группой. Ведущий должен постоянно держать в уме, что каждая интервенция должна быть заботливо взвешена с учетом потребности в сохранении абстиненции, и, в то же время, способствовала исследованию себя, раскрытию характерологических паттернов, ослаблению защит и высвобождению подавленных эмоций. Слишком много одного и слишком мало другого повысит вероятность возврата к употреблению алкоголя или наркотика. Если такое случается, лечение оказывается в сущности неэффективным и прекращается.

Интерперсональный подход, наиболее убедительным и полным примером которого является интеракционная модель Ялома — это метод группового лечения, который с наибольшей вероятностью охватит все разнообразие соображений, необходимых для того, чтобы эффективнее всего лечить химически зависимых индивидов. Рекомендации Ялома представляют собой легко адаптируемый подход к групповому лечению, так что его модификации могут быть легко приспособлены к потребностям выздоравливающих алкоголиков или аддиктов. Его модель может быть подтянута (более структурирована, чем он указывает в амбулаторных рекомендациях) на ранних стадиях лечения, а затем ослаблена (меньше структуры, как это предполагают более продвинутые теоретические соображения психологии самости и современные аналитические подходы) на более поздних, когда абстиненция укрепились и опасность срыва уменьшилась.

Чтобы проиллюстрировать некоторые обычные затруднения, которые химически зависимые лица вызывают у ведущего, я представлю здесь несколько виньеток. Первая имеет отношение к обычной ошибке — не делать абстиненцию приоритетом и придерживаться теоретической позиции, что инсайт или научение одни обеспечат все необходимые компоненты успешного лечения.

Боб был прислан на обследование после задержания за вождение в нетрезвом состоянии. Финансово успешный, известный брокер в области недвижимости, он завоевал признание общества своей филантропией и готовностью тратить массу времени и сил на нужды общины. Он также был одаренным теннисистом-любителем. Во время интервью он был очень словоохотлив, открыт и честен, демонстрируя, что шесть лет психоанализа и два года еженедельной амбулаторной психотерапевтической группы помогли ему обрести впечатляющий инсайт относительно себя и своих отношений с другими. Он поведал, что пьянство беспокоит его несколько лет, но когда он озвучивал свое беспокойство, на него обращали мало внимания. Он дважды до этого бросал пить самостоятельно, чтобы «убедиться, что я это могу». Один период абстиненции продолжался шесть месяцев, за которым последовал провал в памяти, когда Боб «показал себя полным ослом на общественном мероприятии». Его способность самостоятельно остановиться и мнения врачей, терапевтов и даже его жены, что он не может быть «одним из этих», приводили к тому, что выражаемая им озабоченность не имела никаких последствий.

Подходя к концу интервью, терапевт резюмировал доказательства (повторяющиеся провалы в памяти, пьяное вождение, периодические попытки контроля, семейная история алкоголизма, повторяющиеся постыдные эпизоды в состоянии опьянения, потеря контроля, показывающая, что он не может быть уверен, начиная пить, что он не напьется, даже если не имеет такого намерения), которые говорили о том, что он, скорее всего, алкоголик. Боб с облегчением услышал это и сказал, что потратил годы на то, чтобы найти того, кто поймет его переживания. Информированный терапевтом, что собственный диагноз — единственный, который имеет значение, он был направлен на несколько встреч АА на ближайшей неделе, чтобы вернуться на следующий прием и определиться с тем, что он думает и чувствует по поводу своего возможного алкоголизма. Он вернулся на следующую сессию, практически сияя, и сказал: «Я чувствую себя так, как будто вернулся домой. Эти люди мне родные, и я чувствую, что смогу быть родным для них».

Этот пример является иллюстрацией того, что никакое количество научения и инсайта не может остановить прогресс аддикции. Не все аддикты нуждаются в конфронтации, которая агрессивно разрушит их внутреннюю стену отрицания. Как показывает этот случай, иногда аддиктивного индивида следует просто внимательно выслушать и подтвердить его или ее собственный опыт. Ловушки тотального обучающего подхода к лечению могут быть продемонстрированы следующим примером.

Донна, 41 год, разведена, была два раза замужем за алкоголиками и сама зависима от бензодиазепинов, помогающих «успокаивать нервы». Начинала и прекращала психотерапию в течение последних 15 лет. Она никогда не оставалась в терапии дольше полутора лет (трижды в разное время) и никогда не была вне терапии более девяти месяцев. Она обычно выбирает психотерапевтов, которые чрезмерно подчеркивают понимание и инсайт, и завершает лечение, как только терапевт призывает ее вдобавок отказаться от лекарств и изменить своё поведение. На вечеринках она может с готовностью и очень точно рассказывать знакомым причины, по которым у неё сложности в отношениях с мужчинами, и почему её неудачи с собственными детьми похожи на те, которые терпели её родители с ней. Тем не менее, она не изменилась! Она продолжает действовать в вечном саморазрушающем и пораженческом межличностном стиле, который мучает её с юности, будучи способной объяснить и понять причины, которые заставляют её действовать таким образом. Пока её защитная система состоит, в основном, из интеллектуализации, рационализации и изоляции аффекта, она продолжает выбирать психотерапевтов, которые только подпитывают её защитный стиль, и это помогает ей не меняться и предохраняет её от рассмотрения чувств, связанных с её проблемами. Терапия никогда не обращалась к её аддикции, и это позволяет ей сохранять свой характерологический стиль. Причины постоянного назначения ей бензодиазепинов трудно признать справедливыми. Попытки прекратить их прием привели к замене их алкоголем, чтобы «успокоить нервы». Она оправдывает прием медикаментов предписанием семейного врача, который обеспокоен ее пьянством и убеждает ее принимать вместо алкоголя Валиум. Это напоминает мне замечание Joe Pursh'a: «врачи долгие годы лечили алкоголиков так, как будто их страдания вызваны недостатком Валиума в организме».

Разумеется, действия ведущего группы на другом краю спектра могут также приводить к ограниченному эффекту лечебного подхода, который подчеркивает только изменения и выражение чувств, обесценивая и не поощряя инсайты. Группы «groupies», которые занимаются «открытием себя», часто склонны манипулировать ситуацией групповой терапии ради своей пользы. Мери Гулдинг, сама одарённый групповой психотерапевт, хорошо осознаёт «игры», в которые могут быть вовлечены многие участники групп, и призывает ничего не подозревающих ведущих быть осторожными в использовании вмешательств, затрагивающих только переживания. Мери Гулдинг рассказывает историю одной такой женщины, которая участвовала в её группе (1980).

Женщина, посещающая марафонскую группу выходного дня, начала сессию рассказом о своём горе по ныне покойной матери. Она быстро пустилась в диалог с «пустым стулом», представляющим ее умершую мать, горько плача, и, в конце концов, выражая гнев в виде внезапной вспышки злости на мать за то, что та умерла и оставила её одну. К этому времени большинство участников группы сами были в слезах или по меньшей мере сильно затронуты ее эмоциональными излияниями. Как только ведущий группы ободрил её, предложив закончить «работу» с умершей матерью, женщина печально сказала: «И это последний раз, когда я говорю тебе «прощай», мама!» На это ведущий быстро спросил: «В последний раз?»

— «О, да!» воскликнула женщина, «Я сказала «прощай» своей умершей матери в Калифорнии с Фрицем Перлзом в 1960, в 1972 с Эрвом и Мириам Полстер, когда они оба были в Кливленде, и еще с одним терапевтом в Нью-Йорке!».

Этот маленький рассказ иллюстрирует одну из опасностей, которые могут поджидать доверчивого ведущего, со слишком большой готовностью идущему навстречу участнику группы, который охотно выражает драматический и легкодоступный аффект. Однако, более распространённой опасностью в работе с химически зависимыми личностями в группе является возможность быть чрезмерно стимулированными и захлебнуться эмоциями, если ведущий использует формат, поощряющий только выражение аффекта. Вот лишь один из множества подобных случаев, в которых я имел возможность принимать участие (в том числе, в качестве директора) в психодраматической группе в стационарном отделении Госпиталя Управления Ветеранов для химически зависимых ветеранов.

Майк, 32 года, не женат, белый, «вызвался» быть протагонистом в психодраматической группе, которая собиралась раз в неделю, пока пациенты оставались в стационаре для больных с наркотической зависимостью. Майк, тихий и стеснительный мужчина, начал рассказывать о своей возлюбленной, которая погибла в автомобильной катастрофе, произошедшей из-за того, что Майк не вписался в поворот, когда вёл ее машину. Его сложности с вождением автомобиля были связаны с тем, что он в этот момент был в состоянии сильной интоксикации. Мощная и взрывная психодраматическая сцена была разыграна с помощью вспомогательных альтер-эго, исполняемых поддерживающими участниками группы. В финальной сцене Майк со слезами и с надрывом показал, как он вытолкнул свою мёртвую девушку из автомобиля, отчаянно пытаясь вызвать хоть какой-нибудь ответ из её безжизненного тела, крича и прося прощения. На закрытии сессии два котерапевта и многие участники группы поздравили директора психодрамы с мощным и мастерским направляющим воздействием на Майка во время этих очень драматических событий. К несчастью, на следующее утро при проверке выяснилось, что Майк покинул госпиталь, нарушив медицинское предписание, накануне вечером.

Несомненно, волнение и переполнение сильными чувствами, связанными с долго подавляемыми переживаниями, оказались слишком пугающими и подавляющими для Майка. Я видел слишком частое повторение подобного сценария. Последствия не всегда были одинаковы, но наступали с достаточным постоянством. Из этого можно вынести заключение, что риск чрезмерной стимуляции пациента — слишком большая цена за редкие удачи подобного подхода к групповой психотерапии химически зависимых лиц.

Совсем недавний опыт в такой же ситуации, но в другом групповом формате, принес гораздо лучшие результаты.

Марта, 31 год, выздоравливающая алкоголичка с тремя годами трезвости, посещала амбулаторную психотерапевтическую группу из-за сложностей в переживании недавней потери (развод с мужем). В начале третьей сессии Марта коротко рассказала о своих чувствах по поводу развода с мужем в настоящее время и о том, что они похожи на чувства по поводу потери друга, погибшего в автомобильной аварии, которая произошла из-за того, что Марта вела машину в нетрезвом состоянии. В тот момент терапевт решил сосредоточиться на чувствах, пробуждённых разводом, и не заниматься чувствами в момент гибели её друга. Это решение было принято из-за того, что ведущий не был уверен в степени поддержки, которую Марта могла получить от участников группы, также как и в силе её эго, учитывая остроту ее нынешней стрессовой семейной ситуации. Ведущему группы также требовалось больше времени, чтобы осторожно оценить степень её способности эффективно обращаться с такими травматичными переживаниями, а также дать ей срок, чтобы достигнуть большего доверия и единства с другими участниками группы. Примерно шесть месяцев спустя она однажды снова упомянула о прошлом событии. Теперь ведущий решил заняться этим более детально. Когда Марта рассказала свою историю вины и размышлений о суициде из-за смерти своего друга, другим участникам группы было предложено отозваться на историю, которой она поделилась. Поскольку группа велась в интеракционном формате, её страх осуждения участниками группы к этому моменту был исследован и, в конечном счёте, признан необоснованным. Поддержка и принятие других членов группы были очень очищающими и освобождающими для Марты, несмотря на то, что случившееся оставалось незабываемым инцидентом в ее жизни. Она вернулась в группу на следующей неделе с заметным улучшением в аффекте, говорила о драматическом изменении, произошедшем в ней, и добавила, что она чувствовала, «как будто груз свалился с её плеч».

Разница между терапевтическими результатами в случаях Марты и Майка иллюстрирует важность решения ведущего о групповом формате, применяемом при лечении аддикции. Хотя один подход может быть более подходящим в другой популяции, я утверждаю, что другой метод, учитывающий особые обстоятельства аддиктивного пациента, может приводить к изменению и научению постоянным, контролируемым и эффективным образом. Это является главной причиной того, почему остальная часть книги будет посвящена описанию интеракционной групповой модели как предпочтительного метода лечения химически зависимых лиц. Особый брэнд Ялома, называемый интеракционной групповой психотерапией, является моделью, которая наилучшим образом служит целям и задачам, которые должны быть поставлены для того, чтобы групповая психотерапия была эффективным инструментом в лечении аддикций.

Хотя в модели Ялома нужно произвести некоторые модификации, важно понять основы подхода прежде, чем вносить какие-либо изменения в него. Глава 4 будет посвящена описанию подхода Ялома к групповой психотерапии. Прежде чем завершить данную главу, я представлю концептуальную карту (см. Рис. 2.7), чтобы позволить потенциальному ведущему группы увидеть, что возможные варианты выбора, находящиеся перед ним, зависят от задач, целей и фокуса интервенций, которые он намерен совершить, чтобы убедиться в том, что особые потребности участников группы удовлетворяются самым благотворным и продуктивным образом.

Рис. 2.7



Глава 3. Подготовка химически зависимых пациентов к групповой терапии

Как только установлено, что химически зависимый субъект нуждается в лечении, становится ясно, что в скором времени он попадет в психотерапевтическую группу. Это редко (если вообще когда-либо) подвергается сомнению в области лечения зависимостей. Групповая психотерапия (по причинам, которые не всегда четко артикулируются) является доминирующим типом лечения во всех лечебных программах для аддиктов. Каждый стационар, дневной стационар и программа для выздоравливающих используют групповую психотерапию как неотъемлемую часть своей лечебной схемы. Если не считать двенадцатишаговые программы, то трудно найти другую лечебную модальность, которая используется в лечении аддикций столь же часто. Но, несмотря на это, такому важному вопросу, как подготовка пациентов к вхождению в психотерапевтическую группу, уделяется мало внимания. Это неправильно, потому что вхождение в группу — достаточно трудная процедура, провоцирующая тревогу у потенциального участника. Многие аддиктивные пациенты, которым была бы чрезвычайно полезна групповая терапия, не могут воспользоваться ей из-за того, что не способны справиться с инициальной тревожностью, которую ситуация групповой психотерапии неизбежно поначалу вызывает. Поскольку двенадцатишаговые программы рассматриваются порой как форма групповой психотерапии, которую ее члены начинают без всякой подготовки, то по этой причине многие представители персонала лечебных учреждений для аддиктов не признают ценности предгрупповой работы.

Предгрупповая подготовка химически зависимого пациента имеет дело с рядом сложностей из-за острого состояния интоксикации и абстинентного синдрома, сопутствующего ранним стадиям лечения. Уровень когнитивных нарушений и химически обусловленная эмоциональность делает трудной, а во многих случаях и невозможной адекватную реакцию на вмешательство на психологическом уровне. Вхождение в группу трудно для любого человека. Для человека в состоянии острого кризиса, который к тому же мучим симптомами отрыва, это может быть чрезмерным и подавляющим событием. Аддикты и алкоголики редко попадают на лечение, если это не вызвано кризисом в какой-то из областей жизни. Большинство из них принуждаемо к этому рассерженными супругами, нанимателями, служителями закона или угрожающими жизни последствиями для здоровья. К тому же, их первое представление группе происходит обычно в казенной обстановке, и нет ничего удивительного в том, что они неспособны быть признательными, благодарными и восприимчивыми к усилиям персонала (движимого наилучшими намерениями) оказать им помощь. Трудно себе представить, чтобы алкоголик или наркоман проснулся в одно прекрасное утро и воскликнул: «Ах, как я прекрасно себя чувствую сегодня, как чудесно быть живым! Пожалуй, пойду-ка я попрошусь в этот госпиталь на 28-дневную лечебную программу!»

Хотя многие теоретики и практики групповой психотерапии признают необходимость подготовки предполагаемых членов группы перед вхождением в нее (поскольку это трудно и порождает очень сильную тревогу), мало внимания обращалось на особые обстоятельства аддиктивного пациента. Существует большое количество исследований и обобщений клинического опыта, предлагающих полезное и практичное руководство для выполнения обсуждаемой задачи, но большинство изложенных там рекомендаций касается неаддиктивной популяции, получающей амбулаторное лечение. И хотя данные рекомендации совершенно справедливы и могут быть распространены и на аддиктивных пациентов, они все же не учитывают степени острых неврологических нарушений, присутствующих у большинства аддиктов и алкоголиков на ранних этапах абстиненции. В Главе 8 содержится обзор исследований, касающихся данного вопроса. Сейчас будет достаточно сказать, что уровень расстройств, как правило, достаточно серьезен. Эти пациенты способны воспринимать только самые конкретные, простые и рудиментарные вмешательства или внушения. Это — факт, который нельзя недооценивать на ранних стадиях лечения.

К счастью, важность подготовки пациентов к другим современным формам групповой психотерапии была отмечена Яломом (1967) и другими (Rutan и Stone, 1984; Agazarian и Peters, 1981).

Хотя вопрос подготовки пациента является все еще довольно спорным, в этой области все же проведены значительные исследования. Важно понять то, как подготовка перед группой влияет на впервые попадающих в нее участников. Работы Ялома и других принесли важную информацию, которая может быть полезна ведущему, взявшемуся за трудное дело ведения группы, состоящей целиком из алкоголиков и аддиктов.

Рекомендации для вхождения в терапевтическую группу

Пока ни одна методика не стала универсально признанной, Рутан и Стоун (1984) рекомендуют производить подготовку следующим образом:

- Установите предварительный альянс между пациентом и врачом;
- Достигните ясного согласия с пациентом относительно его ожиданий от терапии;
- Предоставьте ему необходимую информацию и инструкции по поводу групповой психотерапии;
- Поработайте с инициальной (начальной) тревогой, касающейся присоединения к группе;
- Заключите с пациентом контракт.

Установление предварительного альянса

Вхождение в группу — очень стрессогенное событие, и для нового члена группы будет крайне полезным иметь хотя бы минимальную связь с ведущим. Большинство пациентов считают начальную стадию групповой терапии самой трудной, по сравнению с любыми другими формами лечения. Альянс с ведущим, каким бы коротким он ни был, уменьшает воздействие этого фактора.

Согласно пронизательному замечанию Зигмунда Фрейда (1921), сделанному много лет назад, группы провоцируют регрессию. Участники, приходящие в группу в первый раз, вынуждены как-то обходиться с сильными эмоциями, которые вызывают вопросы выживания, отвержения и принятия. Члены группы должны определиться с тем, как они будут выживать в группе, и обнаружить, кто, по всей вероятности, нападет на них, а кто поддержит. Они должны приспособиться к неизвестным еще запросам группы и понять, какое поведение ведет к принятию, а какое — к отвержению. Если группа не структурирована (как это принято в динамической групповой психотерапии), то признаки того, как себя нужно вести, минимальны. Методом проб и ошибок участники должны сориентироваться в том, какие поступки или типы взаимодействия работают, а какие — нет. Двусмысленность подобной ситуации стимулирует регрессию, и ее степень является индивидуальной характеристикой каждого участника. Ведущий может предсказать регрессию участников в такой неструктурированной ситуации, однако способы, которыми они ответят на эту регрессию — непредсказуемы.

Техники, провоцирующие регрессию, могут иметь вредные, а в некоторых случаях и катастрофические последствия в группе алкоголиков и аддиктов на ранних стадиях отказа от веществ. Алкоголики и аддикты плохо переносят стресс. Если их вынуждают иметь дело с неопределенностью слишком рано, то они полагаются на свои ранее приобретенные неадаптивные копинг-стратегии (а именно, на введение химикатов в свое тело). Только после того, как они научатся более адаптивным способам копинга, от них можно будет ожидать, что они справятся с регрессией в группе. Ведущий должен понимать и верно оценивать тот факт, что срыв иногда может быть фатальным для члена группы. Поэтому любые интервенции, которые потенциально могут повысить вероятность употребления алкоголя или наркотика, должны использоваться очень скупно. Следовательно, любые меры, которые ведущий может принять для предупреждения регрессии на ранних стадиях выздоровления, должны быть предприняты и поддержаны.

Хотя невозможно установить настоящий рабочий альянс с потенциальным членом группы во время первого интервью, но сильная тревога или страх могут быть уменьшены, если приложить к этому усилия. Единственная встреча, какой бы короткой она ни была, может облегчить переход участника в группу, таким образом обеспечивая возможность большей восприимчивости к лечению. Существуют различные рекомендации по поводу того, сколько индивидуальных сессий необходимо для введения неаддиктивного пациента в еженедельную амбулаторную терапевтическую группу. Реалии времени и экономики иногда вынуждают ограничиться единственной сессией. Если предгрупповая подготовка проведена хорошо, то, в большинстве случаев, этого будет достаточно. Реальность больничной обстановки делает трудным, а иногда и невозможным для ведущего найти время для подготовки каждого участника к вхождению в группу. В связи с тем, что большинство аддиктов и алкоголиков впервые попадают в группу в стационаре (больница, дневная лечебная программа и т.п.), время очень редко позволяет ведущему встретиться с каждым до того, как он окажется на группе. Если это возможно, то десять или пятнадцать минут перед групповой сессией — это все же лучше, чем ничего. Иногда такие представления и приготовления могут быть включены в формат вступительного круга (agenda round) (см. Главу 10).

Один из методов минимизации регрессии в группе состоит в установлении альянса с членами группы перед вхождением в нее. Связь с ведущим уменьшает вероятность срыва, причина которого — в интенсивности чувств, вызванных регрессивным давлением группы. Альянс особенно важен, если у данного участника раньше не было опыта психотерапии. Пациент, который никогда не участвовал в индивидуальной или групповой терапии, с наибольшей вероятностью преждевременно покинет группу.

Применение результатов исследований

Работы, проведенные в крупнейшем университете, показали, что 70 из 198 пациентов прервали терапию после пяти или менее визитов, невзирая на мнение их терапевтов о том, что дальнейшая терапия была бы для них благотворной (MacLeod, 1968). Yalom и Rand (1966) пишут о похожих результатах другого исследования, обнаружившего, что одна треть пациентов, начинающих групповую терапию, покидают ее без улучшения после первой дюжины сессий. Другое исследование показало, что те пациенты, которые оставались в группе в течение пятидесяти встреч, с большой вероятностью демонстрировали клиническое улучшение. Все это говорит о важности первых нескольких встреч с вновь появившимся участником. Как показал МакЛеод (1968), неловкость первых часов лечения — самый значительный фактор, вносящий свой вклад в преждевременные прерывания терапии и неудачи лечения. Если вы не можете удержать пациента в группе, то очень мало шансов на то, что у него появится возможность улучшения. Дальше МакЛеод утверждает, что «лучшей техникой для избегания опасной нестабильности в ситуации лечения всегда был фокус на развитии терапевтического альянса, или отношений. Этим следует заниматься настолько настойчиво, насколько это возможно, немедленно и непосредственно. Фокус на развитии терапевтического альянса означает, что пациент и терапевт активно знакомятся, как реальные люди в реальном текущем общении. Терапевт не пытается энергично представлять из себя трансферентный объект, как при использовании модели пустого экрана». (1968, стр. 402)

МакЛеод заключает, что любые техники, мешающие развитию альянса или создающие значительную дополнительную фрустрацию или тревогу на ранних стадиях лечения, должны использоваться минимально.

Достижение ясного соглашения относительно ожиданий пациента от терапии

Любой, кто подолгу работал с алкоголиками или наркоманами, знает, что все они ставят очень притягательные, но настолько же недостижимые цели. Каждый хочет принимать наркотики для развлечения и пить в пределах нормы. Это — цель, которой они никогда не смогут достичь, и чем скорее каждый аддикт и алкоголик осознает и примет это, тем меньше будет помех для прогресса в терапии. Признание и принятие таких ограничений — это, фактически, первый шаг программы Анонимных Алкоголиков. Хотя некоторые и доказывают, что контролируемое питье — это возможный вариант для некоторых алкоголиков (Sobell и Sobell, 1973b), исследования в данной области совершенно неубедительны. Риск срыва и его возможных смертельных последствий — слишком важная вещь для того, чтобы заниматься академическими обсуждениями. Для Анонимных Алкоголиков алкоголик — это тот, кто, по определению, не может пить нормально. Скажите группе из восьми алкоголиков, что существует статистическая вероятность, что один из них вернется к нормальному потреблению алкоголя, и каждый из них поверит, что именно он и будет исключением.

Хотя абстиненция должна быть главной целью лечения (особенно для алкоголиков или аддиктов, только начинающих лечиться), это не значит, что нужно игнорировать другие цели. Вернон Джонсон (Vernon Johnson, 1973) в своей классической книге «Завязываю с завтрашнего дня» подчеркивает две эксплицитные цели алкоголика, входящего в психотерапевтическую группу.

«Цель этой книги — обсудить предпосылки и техники, которые мы используем при проведении групповой терапии.

Для начала посмотрим на некоторые сходства в нашей группе. Кроме нашего алкоголизма, мы имеем две общие вещи. Во-первых, до того, как дойти до точки, в которой мы стали искать внешней помощи, каждый из нас попробовал собственную программу сделай это сам, пытаясь изменить себя. Второе сходство в том, что все мы потерпели неудачу. Основная предпосылка групповой терапии такова: главная причина этой неудачи в том, что наши самые лучшие усилия не могут изменить то, чего мы не можем увидеть, и что мы очень многого не видим ясно.

По этой причине нашей целью в групповой терапии является:

Исследовать себя и других как чувствующих личностей, и

Идентифицировать защиты, которые мешают этому исследованию.

Хотя изменение — наша конечная цель, наша непосредственная задача — смотреть более внимательно на то, что нуждается в изменении. Это требует видения себя — исследования себя — на уровне чувств.

При рассмотрении данной задачи одна из вещей, которая особенно выделяется — это наш акцент на чувствах. Мы подчеркиваем чувства по нескольким причинам. В первую очередь, потому, что наше поведение в прошлом настолько противоречило нашей системе ценностей, что возникли значительные чувства раскаяния и отвращения к себе. Затем случилось так, что мы собрали целый ком негативных чувств и прикрыли его набором масок, или защит, которые мешают этому исследованию. Это началось с легкого неодобрения себя, затем выросло до раскаяния, а в конце концов дошло до глубокого отвращения к себе. Утверждения типа «Ни черта во мне хорошего нет» или «Мир станет лучше без меня» отражают эти негативные чувства и установки. Важно быть в контакте с этим, чтобы сделать первый шаг программы Анонимных Алкоголиков: «Мы признали, что бессильны перед алкоголем — что наши жизни стали управляемыми».

Нахождение в контакте с враждебными чувствами, которые мы испытываем к себе, и с ощущениями беспомощности и безнадежности, которые их сопровождают, делает Первый Шаг живым описанием, а не просто абстрактной теорией. Мы чувствуем бессилие и неуправляемость. Одна из важных функций группы — помочь нам идентифицировать защиты, которые мешают этому исследованию». (Johnson, 1976, стр. 118-119)

Групповая психотерапия, с этой точки зрения, требует концентрации на чувствах. Ведущий скоро увидит, что, в отличие от неад-диктивных пациентов, химически зависимые лица абсолютно не в контакте со своими чувствами. Кажущаяся простейшей интервенция типа «Что ты сейчас чувствуешь?» вызывает ужасающий эффект. Будучи ведущим, вы скоро обнаружите, что аддиктивные субъекты не знают, как определить и объяснить свои чувства. Они должны научиться тому, как это делается, потому что, не научившись понимать свои чувства, они неминуемо сорвутся. Химически зависимого индивида нужно привести к пониманию того, что управление своими чувствами — это основное требование для достижения абстиненции и выздоровления.

Эрнест Курц (Ernest Kurtz, 1979) пишет, что Анонимные Алкоголики учат своих членов простой вещи: что они не могут добиться того, к чему все алкоголики нереалистично стремятся, а именно, неограниченного контроля над своими чувствами. Зависимость от алкоголя, для Курца, связана с тем, что алкоголик неверно понимает и отрицает духовное.

«Активный алкоголик пытался добиться духовного, бесконечного материальными средствами. Он старался достичь качества жизни простым увеличением количества алкогольных переживаний» (стр.208). Качество жизни, которого добивается алкоголик, спутано с духовностью, потому что включает в себя требование абсолюта, то есть полного контроля над чувствами, что является стремлением выйти за пределы человеческой ограниченности. Только Бог или абсолют имеет тотальный контроль над чувствами, и АА считает своей задачей научить алкоголиков тому, что каждый из них — Не Бог.

«Алкоголик пытался с помощью приема алкоголя достичь того, что в реальности дается только тому, кто живет как в полной мере человек. Реальность не дарует людям абсолютного контроля над настроением и чувствами; эмоции подразумевают ответ на реальность, и в основном на реалии вне себя. Абсолютный контроль над эмоциями, в смысле абсолютно автономной само-детерминации настроения и чувства, подразумевает требование неограниченности, и, таким образом, требование превосходства над любым человеком». (Kurtz, 1979, стр. 209)

Лечение, с этой точки зрения, требует от алкоголика научиться идентифицировать и принимать ограничения своих чувств, если он хочет поддерживать настоящую трезвость. Следовательно, ведущий должен мягко подталкивать алкоголиков и аддиктов к пониманию тщетности их позиции, которая требует, чтобы они чувствовали хорошее все время и избегали чувствовать плохое хоть когда-нибудь. Чувства приходят по какой-то причине. По словам Курца, эмоции позволяют нам судить о реальности и о наших отношениях с реальностью. Эмоции говорят нам, когда мы действительно счастливы, а когда мы действуем против своих подлинных внутренних ценностей.

Когда абстиненция от наркотиков и алкоголя сохраняется по меньшей мере год, пациент может ставить больше ясных личных целей. АА, АН и АК советуют своим членам не совершать каких-либо существенных изменений в жизни (развод, смена работы и т.п.) до истечения года трезвости. Эти программы содержат интуитивное знание о том, что нейробиологические исследования только начали подтверждать эмпирически. Алкоголики и аддикты, по причине пьянства и приема наркотиков, страдают от дефицита когнитивных процессов, выражающегося в затрудненности абстрактного мышления. Пока уровень данного расстройства неглубок, это можно заметить только при помощи чувствительных тестов. Глава 8 содержит более детальное рассмотрение этого вопроса. Сейчас достаточно сказать, что по прошествии года трезвости может возникнуть множество желанных для пациента целей, обсуждение которых не увеличивает опасности рецидива.

Предложение информации и инструкций, касающихся групповой психотерапии

Поскольку группа быстро пробудит у химически зависимого пациента интенсивные чувства, было бы важно помочь ему заземлиться, давая специфическую и конкретную информацию о работе группы. Зная, чего ожидать, участники смогут более адекватно реагировать на происходящее. Существует много способов добиться этого.

Дать новым членам группы материал для чтения, объясняющий структуру и основные положения групповой психотерапии (Gaugon and Rawlings, 1975).

Объяснить им, чего они могут ожидать в группе, и как наилучшим образом получить от нее пользу (Wogan и др., 1977).

Некоторые ведущие давали будущим членам группы понаблюдать за групповой сессией через одностороннее зеркало (Wogan и др., 1977).

В некоторых случаях будущим членам группы давали аудиокассеты с текстом об участии в группе «хорошего пациента». Это делалось в надежде, что новые члены постараются вести себя так же, как он. (Tгуax и Wargo, 1969).

Все работы, процитированные здесь, показывают одинаковые результаты — через три месяца гораздо больше улучшений наблюдается у тех пациентов, которые были подготовлены заранее, чем у контрольной группы, не прошедшей подготовку. Хотя не доказано, что какой-то формат обеспечивает более редкие уходы из группы, все согласны в том, что групповые нормы, формирующие терапевтическую среду, вырабатываются быстрее, если члены группы были подготовлены.

Вопросом о выгоде подготовки участников группы занимался Ялом. Его интерес был вызван пониманием критической важности первых встреч в формировании будущего курса группы. Ялом обнаружил, что групповые нормы, установившиеся в группе с самого начала, имеют тенденцию сохраняться, переживая даже полную смену личного состава. Следовательно, как можно более раннее установление здоровых групповых норм благотворно для функционирования группы. Ялом также осознавал, что за подготовку участника придется заплатить определенную цену. Аргументы против подготовки, особенно психодинамически ориентированных групповых терапевтов, заключаются в том, что любые техники, мешающие развитию и разрешению переноса и трансферентных искажений, должны использоваться как можно реже. Поскольку подготовка участников к группе этому мешает, они считают, что групповому лечению будет нанесен ущерб. Ведущему следует облегчать развитие переноса в группе, для чего очень полезны загадочность и двусмысленность, и терапевту не следует делать ничего, в том числе касающегося подготовки участников, что может помешать этому.

Ответ Ялома состоит в том, что выгоды от подготовки пациентов существенно перевешивают потери. Во-первых, подготовка ускоряет развитие других важных лечебных факторов, действующих в группе. Ялом также считал, что перенос — здоровый организм; он пробьется, несмотря на любую организационную активность и, в частности, на подготовительные процедуры.

Контрольное исследование подготовки пациентов к групповой терапии

Исследование Ялома и др. (1967) требовало двадцатипятиминутной подготовительной встречи для новых участников группы. Участники групп, изучаемых в этой работе, случайным образом набирались из двух категорий: подготовленные к группе (описанным выше образом) и неподготовленные. Предварительная встреча призвана была достичь трех целей:

- Увеличить веру нового участника в групповую терапию и усилить у него позитивные ожидания того, что группа будет полезна.
- Увеличить привлекательность группы и развить сплоченность.
- Настроить членов группы на конфронтационные, сфокусированные на «здесь и сейчас» взаимодействия в группе. Ялом делал самый сильный акцент на этой теме во время подготовительной сессии.

Чтобы достичь вышеуказанных целей, Ялом предоставлял каждому новому члену группы пять источников специфических инструкций:

- Обсуждались теоретические основы групповой терапии с акцентом на интерперсональной теории психиатрии.
- Было представлено рациональное описание группы.
- Были обсуждены ожидаемые результаты и эффективность группового лечения.
- Были идентифицированы источники возможного стресса в группе.
- Участникам было дано указание обсуждать свои чувства с другими членами группы.

Теоретические основы групповой психотерапии

Каждому потенциальному участнику группы была представлена краткая история эволюции групповой терапии. Было объяснено, что сначала группы ценились по причинам экономического характера: больше людей можно лечить за меньшие деньги. Однако, потом ему ясно говорили, что сейчас групповая терапия развилась до уникальной и очень хорошо разработанной формы лечения, доказавшей свою собственную ценность. Фактически, групповая терапия часто является лечением выбора. Во многих случаях она более эффективна, чем индивидуальное лечение. Такое введение имеет целью обрести веру в групповую терапию, как способ лечения, и рассеять сомнения насчет того, что это низший и второсортный метод.

Рациональное описание группы

Кратко представлялась интерперсональная теория психиатрии Салливана. Каждому напоминали, что универсальная проблема всех людей — трудность установления и поддержания близких и удовлетворяющих отношений с другими. Участникам напоминали, что они, может быть, много раз хотели прояснить отношения, быть честными с другими в том, что касается чувств — и позитивных, и негативных — и иметь возможность получить честную обратную связь о том, как другие воспринимают их. Групповая терапия описывается как зеркальная комната — место, где они могут исследовать, как влияют на других, как другие воспринимают их, и как другие, в свою очередь, сами воздействуют на них. Пока структура общества не позволяет подобного взаимодействия, группа может рассматриваться как социальный микрокосм, где честное межличностное взаимодействие не только разрешено, но и поощряется.

Эффективность групповой психотерапии

Членов группы предупреждают, что групповая терапия может быть для них трудным предприятием. Ее начало редко бывает легким — фактически, они получают предостережение, что это может быть большим стрессом — работать напрямую со своими взаимоотношениями с другими членами группы — их заверяют, что это будет ужасным приходом в «реальный мир». Участники инструктируются, что если они честно смогут проработать, разрешить и прояснить свои взаимоотношения с другими членами группы, то это позволит им открыть пути к более удовлетворительным отношениям с другими вне группы.

Возможные источники стресса в группе

Всем потенциальным участниками группы напоминают о том, какими волнующими и трудными могут быть честные отношения. Их предупреждают, что временами, особенно в начале, можно ожидать появления таких чувств, как смущение и обескураженность. Их предупреждают также, что они могут задаваться вопросом, как группа может помочь им в их ситуации. В другие моменты им может быть непонятно, как работа над групповыми проблемами и их межличностными отношениями с другими участниками может иметь какую-то ценность для решения тех затруднений, которые в первую очередь привели их в группу. Смущение и уныние, скорее всего, будут, но не стоит поддаваться желанию уйти из группы. Часто людям трудно пойти на риск честного самораскрытия, и им нужно осознавать свою тенденцию к эмоциональному уходу. Им говорят, что они могут захотеть спрятать свои чувства, или позволить другим выражать их вместо себя. Это, в свою очередь, может привести к утаиванию связей с другими от группы и ведущего.

Существует множество различных эмоций, появления которых можно ожидать. Обычными являются раздражение и обида на ведущего за то, что он дает группе мало указаний. Многие участники могут адресовать свою фрустрацию другим членам группы и вопрошать, как писал Ялом, «Как слепой может вести слепых?» (1967, стр. 418). Даже если участники не осознают свою тревогу и нервозность, им сообщают, что это обычные эмоции, сопровождающие начало группы. Если кто-то боится нападения и отвержения в случае, если покажет себя дураком, важно, чтобы эти страхи были постепенно проработаны. С другой стороны, участников заверяют, что группа — не место насильственной исповеди, и что они могут сами определять степень самораскрытия.

Поощрение взаимодействия между участниками

Участников повторно инструктируют, что группа будет наиболее полезной для них, если они будут честными и открытыми с другими участниками и ведущим. Открыто делиться чувствами в тот момент, когда они возникли — это то, на что Ялом обращал особое внимание. Это — сердцевина групповой терапии. Чтобы в группе появилось доверие, обычно нужно время, и следует напомнить, что люди имеют разные темпы развития доверия. Существенно, чтобы установилась атмосфера доверия, безопасности и сплоченности, чтобы группа могла рассматриваться как место, где можно рискнуть. По мере того, как научение и склонность к риску прогрессируют, участников поощряют к тому, чтобы попробовать новые типы поведения.

Результаты подготовки участников к группе

Ялому и др. (1967) не удалось обнаружить какого-либо заметного влияния на количество участников, рано заканчивающих терапию или преждевременно покидающих группу. Множество последующих работ подтвердили выводы Ялома о том, что предгрупповая подготовка оказывает мало влияния на процент участников, остающихся в группе. Однако, исследование Ялома доказало, что подготовка повышает веру в группу, и что группы из подготовленных участников организуют взаимодействие быстрее. Следовательно, они раньше проходят начальную стадию неуверенности и быстрее движутся к своей основной задаче. Личная польза и улучшение достигаются быстрее, чем в группах, состоящих из неподготовленных людей.

Специальные проблемы подготовки химически зависимых индивидов

Существует один уникальный аспект подготовки химически зависимых участников к амбулаторной группе, который обычно не обязателен для неаддиктивных пациентов. Большинство алкоголиков и аддиктов некоторое время посещало встречи Анонимных Алкоголиков, Анонимных Наркоманов или Анонимных Кокаиинистов. В некоторых случаях потенциальные участники могут быть и в настоящее время очень активными в АА, АН или АК. Это следует всячески поощрять. Может быть важным проинформировать их, что психотерапевтическая группа создана не для лечения их аддикции, и не для того, чтобы быть заменой ориентированных на равенство (АА, АН и АК) программ. Скорее, группа может быть поддержкой или дополнением последних. В некоторых случаях, если человек недостаточно трезв, групповая терапия может быть ему противопоказана, особенно если ведущий не знаком с лечебным форматом перечисленных программ.

Если решено, что потенциальный член группы может получить пользу от групповой терапии, ведущий должен четко разъяснить ему, что терапевтическая группа — это не встреча АА, АН или АК.

Это особенно важно, если индивид никогда не участвовал в групповой терапии, хотя уже несколько лет активен в АА. Смешивание между собой двенадцатишагового формата и групповой терапии может повредить обеим формам лечения. Понимание различия между группой равных и профессиональными терапевтическими группами не столь критично для участника, трезвого уже три года, как для начинающего выздоравливать, протрезвевшего две недели назад. Индивиды с несколькими годами выздоровления за плечами обычно более подготовлены для того, чтобы приспособиться к изменению лечебного формата. Начинающие выздоравливать аддикты или алкоголики находятся в чрезвычайно загруженном эмоциональном состоянии, легче приходят в растерянность и пугаются своего непонимания разных требований, которые предъявляет к ним каждая модальность. Донесение этой информации до них может быть полезным, а в некоторых случаях критически важным.

Как профессионально ориентированные, так и ориентированные на равенство группы должны рассматриваться как группы активного лечения, призванные облегчить выздоровление и воздержание от алкоголя. Однако, между ними есть существенное различие. Проводимая профессионалом терапевтическая группа акцентирует использование специфических поведенческих и психологических предписаний и техник, применяемых для глобального, генерализованного усилия по редукции симптомов. Для сравнения, формат АА фокусируется на специфическом, упорядоченном подходе, обращенном к одному специфическому компоненту выздоровления (т.е. к абстиненции).

Центральное содержание профессионально ориентированной группы должно состоять в попытке способствовать постепенному увеличению интроспекции и согласия (смирения) путем использования групповой конфронтации, обсуждения и обучения. В противоположность этому, ориентированные на равенство группы — почти абсолютно поддерживающие, и до некоторой степени зависимые от принятия специфического и ограниченного лечебного подхода, сфокусированного целиком на смирении и абстиненции от алкоголя и наркотиков.

Характеристики лечения

Чтобы получить более объемное представление о содержании каждой лечебной группы, я составил список сходств и различий между ними. Различающиеся и общие элементы перечислены в таблице 3.1 и 3.2, соответственно.

Таблица 3.1 Различающиеся элементы

Ориентированные на равенство группы (АА, АН, АК)	Профессионально ориентированные группы
1. Цель лечения определена и специфична — абстиненция	1. Цели лечения определяются индивидуально с учетом личности, что требует исследования и оценки социального, психологического, физического и алкогольного поведения.
2. Акцент на «как» абстиненции и выздоровления.	2. Акцент на «почему» абстиненции и выздоровления.
3. Открытие группы чтением «Большой Книги» АА и Двенадцати Шагов Выздоровления.	3. Развитие групповой сплоченности и традиционные групповые процессы
4. Структурированное использование жизненных историй, специфическое обращение с персональной историей алкоголизма и выздоровления.	4. Словесные отчеты об общем прогрессе без записей и жесткого формата.
5. Дидактический формат, ведущий сообщает принципы АА.	5. Мобилизация групповой поддержки и обратных связей.
6. Акцент на первых четырех шагах из традиционных двенадцати с меньшим вниманием к чувствам и эмоциям.	6. Большой акцент на групповом обсуждении чувств и эмоций.
7. Более демократичное групповое лидерство, участники берут на себя активную роль в групповом обсуждении.	7. Более традиционная роль ведущего в групповом процессе.
8. Групповое обсуждение фокусируется на способах сохранения абстиненции.	8. Больше конфронтации и исследования сопротивления.

Таблица 3.2 Общие элементы

1. Групповое обсуждение.
2. Коррекция заблуждений, касающихся аддикции.
3. Сообщение информации об аддикции и необходимости смирения.
4. Формулировка проблем лечения.
5. Групповая поддержка в начале.
6. Цель — редуцировать жалобы пациента и поведение, которое мешает алкогольной или наркотической абстиненции.
7. Попытки вовлечь и изменить семейное окружение.
8. Поиск причин тех трудностей, которые мешают поддерживать абстиненцию.

Таковы эти специфические лечебные форматы, и их применение нужно отслеживать в процессе лечения, чтобы убедиться в том, что оба предлагаемых вида лечения (профессиональное против АА) клинически осмысленны и различаются. Таким образом, из обоих форматов может быть извлечен максимум пользы, если ведущий сможет давать рекомендации, сопоставляя разные типы терапии с характеристиками отдельных алкоголиков и аддиктов.

Работа с инициальной тревогой перед вступлением в группу

Большинство людей испытывают тревогу перед вступлением в группу. Ведущий может побудить потенциальных участников говорить об этом на группе и убедить их, что любой человек в данных обстоятельствах разделит бы их состояние. Им можно посоветовать обсудить эти чувства с группой в начале первой встречи.

Однако, алкоголики и аддикты проявляют перед ведущим свои уникальные особенности в том, что касается предгрупповой тревожности. Во время подготовительной работы в этой популяции становится заметным то, что тревога манифестирует одним из двух крайних способов. Если алкоголики и аддикты имеют склонность к отыгрыванию вовне (т.е. социопатические черты, постоянные столкновения с законом, и т.п.) и злоупотреблению запрещенными наркотиками (кокаин, героин, марихуана, амфетамины и т.п.), то ведущий обнаружит, что их тревога обычно не достигает осознания.

В противоположность этому, теми из алкоголиков и аддиктов, кто склонен к более изолированному существованию (агорафобические черты, страх толпы и т.п.) и злоупотребляет узаконенными веществами (лекарства типа Валиума и Либриума), тревога осознается в гораздо большей степени, потому что она крайне велика, часто до невыносимого уровня. Эти типы пациентов требуют разного подхода во время подготовки к группе.

Работая с первым типом, чья тревога по большей части бессознательна, надлежит повысить ее до уровня осознания, прежде чем такие пациенты присоединятся к группе. Если их тревога остается неосознанной, то повышаются шансы на то, что они будут реагировать в группе так же, как и во всех ситуациях, провоцирующих их тревогу в «реальном мире» — а именно, отыгрывая вонне. Таких участников нужно учить тому, что быть членом группы — значит выражать чувства вербально, а не поведенчески. Как только они осознают тревогу и соглашаются выразить ее словами, их нужно поощрять к пониманию универсальности этого чувства. Такое осознание убедит их, что они не становятся недочеловеками только из-за того, что переживают страх или дискомфорт.

Второй тип с большой вероятностью будет иметь историю тревожных расстройств (панические атаки, фобии и т.п.). Употребление ими наркотиков и алкоголя часто является попыткой самолечения. По мере того, как они становятся свободными от веществ, их тревожность может действительно возрастать. Вхождение в группу особенно трудно для этой разновидности аддиктивных индивидов. Увещевания, поддержка и усиление их неадекватного защитного процесса необходимо им, чтобы пережить первое участие в терапевтической группе.

В дальнейшем процесс может быть осложнен несоответствием, которое часто существует между установками по отношению к лечению самих алкоголиков и аддиктов, принадлежащих к социально и экономически непривилегированным слоям, и теми ожиданиями, которые строит персонал, состоящий из представителей среднего класса. Как отметил Heitler (1976) в обзоре, посвященном аддикциям и социальному неблагополучию, «пациент, принадлежащий к низшему классу, вероятнее всего, неискушен, непрактичен и сильно дезинформирован о психологических методах лечения. Он приносит с собой ценности, жизненный стиль и ожидания от терапии, которые расходятся с рабочей ориентацией традиционного психотерапевта». Verinis (1995) соглашается с этим, замечая, что этот тип пациентов требует «немедленных конкретных решений и прямых вмешательств» (стр. 96). Мое собственное исследование индейцев-алкоголиков (Flores, 1985) показало, что одной из причин, по которой эта популяция характеризуется таким печальным уровнем излечения от аддикций, является несоответствие ценностей индейцев и терапевтов, или лечебного персонала. Все это убеждает нас в том, что чувствительность к социальным, экономическим, культуральным и образовательным различиям крайне необходима при подготовке аддикта или алкоголика к групповой терапии.

Мнение исследователей и клиницистов о снижении инициальной тревоги во время предгрупповой подготовки с будущим членом группы, не являющимся аддиктом, проливает некоторый свет на вопросы, требующие внимания и с химически зависимым индивидом. Агазарян и Петерс (Agazarian и Peters, 1981) перечислили четыре обычных страха, которые могут быть стимулированы вхождением в терапевтическую группу:

- Конфиденциальность личной информации.
- Отвержение группой.
- Смущение при раскрытии интимной информации другим членам группы.
- Патология других.

Конфиденциальность личной информации

Агазарян и Петерс (1981) пишут: «Будущие пациенты часто обеспокоены тем, как бы информация, представленная на групповых сессиях, не «утекла» и не попала к кому-то, кто их знает во внешнем мире. Их можно заверить, что в прошлом таких случаев не было, и это вряд ли случится в будущем. Если позволяет время, то можно исследовать ассоциации к этому беспокойству. Самое важное — побудить пациента поднять этот вопрос в группе, где эта тема всегда бывает терапевтически продуктивной» (стр. 189).

Конфиденциальность всегда волнует алкоголиков и аддиктов. Мало кто из них входит в группу выздоравливающих или амбулаторную группу, не чувствуя необходимости обсудить этот важный вопрос, поскольку они знакомы с требованием анонимности в двенадцатишаговых программах. Однако, эту тему следует поднять, даже если ведущему придется навязать ее для обсуждения. Конфиденциальность нельзя игнорировать, поскольку поведение многих алкоголиков и аддиктов под воздействием алкоголя или наркотиков было постыдным, унижительным, а в некоторых случаях даже незаконным. Конфиденциальность должна быть гарантирована. Участникам следует сказать, что они, без сомнения, будут обсуждать свои собственные групповые переживания с друзьями и семьей, но что им следует делать это в такой манере, чтобы не говорить специально о других людях и не раскрывать личности других участников.

Беспокойство по поводу отвержения членами группы

«С беспокойством по поводу отвержения членами группы лучше всего обойтись следующим образом: помочь беспокоящемуся связать свой настоящий страх с болезненными переживаниями прошлого через его ассоциации. И опять же, пациенту следует напомнить, что ему будет полезно обсудить этот вопрос с группой». (Agazarian и Peters, 1981, стр. 189).

Те же проблемы, о которых писали Агазарян и Петерс, возникают и с химически зависимыми пациентами. Несмотря на то, что аддикты и алкоголики, пьянствуя и принимая наркотики, действовали в манере, демонстрирующей, что отвержение их ничуть не беспокоит, они имеют настоящую потребность быть принятыми и одобряемыми другими.

Страх смущения

По мнению Агазарян и Петерса (1981), «со страхом быть смущенным перед членами группы следует обращаться таким же образом, как и со страхом отвержения. К тому же, пациенту уже было сообщено, каким образом действует группа — люди делятся чем-то и получают честную обратную связь. Об этом полезно напомнить, чтобы человек знал, что он не будет единственным, кто открывает свои сокровенные мысли и чувства» (стр. 189).

Смущение и стыд — критические вопросы для аддиктов и алкоголиков. Как утверждает Курц (Kurtz, 1979), химически зависимые индивиды страдают от ужасающего чувства стыда. Их самооценка очень низка и, как правило, они обладают крайне интрапунитивным (самонаказующим) суперэго. Вследствие этого, даже малейшая ошибка заставляет их обвинять себя чрезмерно садистским и грубым образом. С другой стороны, любые признаки того, что другие могут считать их противными, а их поведение — постыдным, ведут к тому, что они, отыгрывая вонне, ведут себя в защитной и провокативной манере. Они не могут вынести мысли, что другие увидят их такими же, какими они видят себя. Многие алкоголики и аддикты нуждаются в том, чтобы подтверждение других помогло облегчить их болезненные чувства стыда и смущения.

Страхи по поводу воображаемой патологии других

«Страхи по поводу воображаемой патологии пока еще не виденных товарищей по группе являются, скорее всего, проекциями, защитная природа которых не осознается пациентом. Это может выражаться в виде страха ментального загрязнения или заражения (Foulkes и Anthony, 1973), или как сомнения по поводу того, что эта «куча сумасшедших» может сделать с пациентом. Исследование свободных ассоциаций — один путь для облегчения этого вида беспокойства. Другой путь — сказать пациенту, что это такие же люди, как он, с такими же тревогами и заботами; эта информация поможет ему подойти к проективной природе своих страхов» (Agazarian и Peters, 1981, стр. 186).

Обычно алкоголики и аддикты гораздо более склонны к принятию недостатков и ограничений других. Поскольку они сами переживали такие жуткие чувства и эмоции во время бесчисленных интоксикаций и похмелий, они готовы принять эти состояния в других. Однако, большинство алкоголиков и аддиктов ужасно боятся, что в глубине, за их аддикцией, другие могут увидеть, какие они «психи», извращенцы или отвратительные типы. Они боятся, что правда выплывет наружу, и люди увидят их такими, каковы они есть. Вследствие этого, важно переопределить их патологию и поместить ее в рамки модели болезни. Это поддержит их образ себя, пока они приобретут способность идентифицироваться с другими участниками группы и понимать, что их страхи разделяются всеми.

Представление и утверждение контракта

Представление контракта и получение согласия на него от члена группы перед началом групповой терапии — наиболее критический фактор успеха амбулаторной терапевтической группы. К несчастью, его важность часто игнорируется, и на обучение ведущих групп этому подготовительному процессу отводится слишком мало времени. Со многими аддиктами и алкоголиками, входящими в стационарную лечебную программу под принуждением или в крайне тяжелом состоянии, непрактично, а в некоторых случаях и бессмысленно пытаться заключать контракт на работу. Поскольку невозможно, да и нежелательно приспособлять цели лечения к специфическим предпочтениям каждого индивида, абстиненцию следует всегда считать главной целью лечения. При поступлении больных редко спрашивают, согласны ли они с целью лечения в данном учреждении. Большинство предпочло бы пройти лечение, не проходя через трудности, которые представляют собой требования терапевтической группы. Следовательно, это не является их свободным выбором в это время. Тем не менее, ведущему могло бы быть полезно активно вовлекать новых членов группы в процесс понимания требований и запросов, которые терапевтическая группа к ним предъявляет.

Стационарные и амбулаторные терапевтические группы ставят перед ведущим разные и уникальные проблемы. В Главе 8 будут описаны отличия ведения групп в стационаре. Рекомендации, представленные здесь, больше подходят для группы выздоравливающих (aftercare) или продолжительной амбулаторной группы.

Рутан и Стоун (Rutan, Stone, 1984) выделили семь элементов, которые, по их мнению, являются существенными в контракте продолжительной терапевтической группы с неопределенным сроком окончания. Они считают, что члены группы должны согласиться:

- Присутствовать на группе каждую неделю, приходить вовремя и оставаться на все время встречи.
- Активно работать над проблемами, которые привели их на группу.
- Выражать чувства словами, а не действиями.
- Использовать отношения в группе в терапевтических, а не социальных целях.

- Оставаться в группе, пока проблемы, которые привели их сюда, не будут разрешены.
- Ответственно относиться к оплате счетов.
- Не разглашать имена и личности товарищей по группе. (Rutan и Stone, 1984, стр. 114-115)

Рутан и Стоун считают контракт не столько формально написанным документом, сколько словесным согласием с основными правилами группы. Основные правила обеспечивают фундамент для продуктивной и безопасной терапевтической среды, и согласие по их поводу должно быть достигнуто прежде, чем новый участник войдет в амбулаторную группу. Чтобы быть уверенным в их верном понимании, я даю каждому пациенту письменное изложение моих одиннадцати основных правил для группы. Приложение 3.1 представляет из себя копию этого документа.

Ведущий группы убедится, что заключение ясного контракта и понимание основных правил группы предотвратит многие часто возникающие трудности. Управление границами группы — один из самых важных элементов ее эффективности. Это помогает организовать терапевтическую среду (сплоченность) и позволяет прийти в действие другим лечебным факторам. Более того, контракт позволяет ведущему использовать его насильственные рамки как путь к пониманию различных сопротивлений, черт характера и переносов, которые имеют место в группе.

Приложение 3.1

Эффективная группа берется за большую работу, и нуждается в большой вере. Эти одиннадцать основных правил и сопутствующие замечания были подготовлены, чтобы помочь новым членам психотерапевтической группы понять условия, существенные для успешной работы.

1.ГРУППОВОЙ КОНТРАКТ. Чтобы получить наибольшую пользу от своего группового опыта, вы соглашаетесь:

- Говорить о причинах и проблемах, которые побудили вас присоединиться к группе.
- Рассказывать эмоционально значимые истории из своей жизни.
- Сообщать словесно о своих непосредственно возникающих мыслях и чувствах о себе, ведущих и членах группы.
- Получать равную долю общего времени, отведенного на высказывания.
- Не покидать группу, пока вы не завершите или не разрешите того, зачем пришли в нее.

2.КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ. Каждый член группы соглашается не раскрывать личности всех остальных участников, их имена или любой узнаваемый материал. Члены группы не чувствовали бы себя свободными открывать свои наиболее сокровенные чувства, если бы они думали, что о них может стать известно за пределами группы.

3.КОНТАКТ МЕЖДУ ЧЛЕНАМИ ГРУППЫ ВНЕ ГРУППЫ.

Не существует основного правила, запрещающего это; однако, о любом контакте группе должно быть известно. Это удерживает от образования клик, которые могут нарушить единство группы как рабочей общности. Важно помнить, что полезнее сохранять отношения в группе терапевтическими, а не социальными.

4.ФОРМИРОВАНИЕ ПОДГРУПП. Когда подгруппа из двух или более членов собирается вместе, чтобы обсудить группу и то, что они чувствуют по отношению к различным участникам, они часто оставляют эту информацию при себе. Вследствие этого, важные вещи, которыми нужно поделиться в группе, остаются скрытыми. Это, в конечном счете, подавляет потенциал самоосознания и роста, который может произойти благодаря этой обратной связи, если бы она была высказана прямо в группе. К тому же, члены подгруппы ведут себя в группе по-другому. В типичном случае, они защищают друг друга и не дают друг другу тех обратных связей, в которых каждый из них нуждается. Поэтому, данное правило обязательно: обсуждения вне группы должны быть принесены назад и произойти в группе.

5.ЗАПРЕТ СЕКСУАЛЬНЫХ КОНТАКТОВ МЕЖДУ ЧЛЕНАМИ ГРУППЫ. Участники соглашаются, что в течение времени их участия в группе они не будут устанавливать между собой сексуальных отношений. Эта свобода от сексуальных связей облегчает интимность между участниками, которая, в свою очередь, обеспечивает основу для роста и изменения. Таким образом может развиваться доверие, необходимое для открытости и разрешения проблем.

6.ЗАПРЕТ УДАРОВ И ПРИЧИНЕНИЯ ВРЕДА ПОМЕЩЕНИЮ.

Гнев должен выражаться вербально, а не физически. Как и все остальные эмоции, гнев, свободно и подходящим образом выраженный, может заложить основы для инсайта и роста.

7.ЗАПРЕТ НАРКОТИКОВ И АЛКОГОЛЯ. Никто не должен приходить на группу под воздействием алкоголя или наркотика.

8.ОКОНЧАНИЕ, А НЕ ПРЕКРАЩЕНИЕ ГРУППОВОЙ ТЕРАПИИ.

Когда участники начинают думать о том, чтобы не продолжать психотерапию, им следует обсудить это на группе, прежде чем принимать окончательное решение, так же свободно, как они обсуждали другие чувства.

Окончание групповой терапии — это радостное общее событие, которое было продумано и обсуждено с группой. С другой стороны, члены группы могут принять решение прекратить терапию в тот момент, когда они начали встречаться с некоторыми критическими вопросами, которых они теперь пытаются избежать, покидая группу. В этой точке особенно ценным будет воздействие других участников. Хотя никто не нуждается в разрешении группы на то, чтобы не продолжать психотерапию, в духе роста было бы обсудить свой уход из группы. Участники должны предупредить об окончании терапии по меньшей мере за четыре недели. Прекращение терапии без предупреждения имеет вредное воздействие на группу и, вероятно, представляет собой продолжение того проблемного поведения, из-за которого вы в нее пришли. Время перед окончанием позволяет попрощаться и разрешить любые незавершенные дела между участниками. Следовательно, каждый член группы соглашается позволить другим участвовать в своем решении покинуть группу.

9.ПРИСУТВИЕ. Регулярное присутствие и пунктуальность повышают ценность группы для каждого участника. Такая сплоченность создает атмосферу работы, поддержки и успеха. В случае невозможности для участника прийти, или его решения не приходить на сессию, от него должен быть получен предупреждающий телефонный звонок. Группа будет начинаться и заканчиваться точно в назначенное время. Члены группы соглашаются быть на месте к ее началу и оставаться до конца.

10.ОБЯЗАТЕЛЬСТВО. Участникам позволяется присоединиться к группе, только если они берут на себя шестимесячное обязательство. Это соглашение гарантирует от того, что групповой процесс будет прерываться участниками, появляющимися на одну или две сессии, а затем исчезающими из группы. Это соглашение также подтверждает, что человек, присоединяющийся к группе, сделает достаточно в рамках данного обязательства, чтобы получить пользу от групповой терапии.

11.МЕРЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ. Оплата групповой психотерапии осуществляется на посессионной основе. Оплата взимается в том же размере, даже если участники не присутствуют на группе, т.е. когда они в отпуске или больны. В таком случае это оплата мест в группе, зарезервированных для них. Их ответственностью является то, как они решат провести это время. Каждый член группы согласен полностью оплатить счет до конца текущего месяца.

Глава 4. Интеракционная групповая психотерапия

Ирвин Ялом написал две замечательные работы по групповой психотерапии. Первая, опубликованная в 1970 году (второе издание вышло в 1975, и третье в 1985), имеет отношение в основном к применению амбулаторной групповой психотерапии к лицам, не страдающим химической зависимостью. Вторая работа практически полностью посвящена применению групповой психотерапии к пациентам-психотикам в условиях стационара (1982). Поскольку именно первая книга Ялома представляет теоретическую основу его подхода к групповой психотерапии, в этой главе мы рассмотрим его работу по амбулаторному лечению, выпущенную в 1970 году, и обратим особое внимание на его вклад в методологию групповой терапии. В ней, впрочем, уделяется относительно мало внимания теоретическому обоснованию проведения занятий именно в том режиме, который рекомендуется. Многие групповые психотерапевты, признавая, что данная работа Ялома снабжает читателя наилучшими практическими рекомендациями, необходимыми для проведения интеракционных групп, тем не менее, критикуют его за атеоретичность и за игнорирование философского обоснования своего подхода к групповой психотерапии.

Этот критицизм становится безосновательным, если постараться проследить связь Ялома с созданной Гарри Стэком Салливаном (Harry Stack Sullivan) интерперсональной теорией психиатрии. Четкое понимание основных доктрин Салливана прольет свет на причины, по которым Ялом считает, что занятия с группой необходимо проводить именно так, как он предлагает. Влияние Джерома Франка (Jerome Frank) также имеет большое значение для подхода Ялома к групповой психотерапии, хотя, насколько я знаю, Ялом никогда не заявлял в печати о существовании этой взаимосвязи, разве что мимоходом или поверхностно. По прочтении списка лечебных факторов, разработанных Яломом (а именно — внушение надежды, альтруизм, универсальность, экзистенциальные факторы и т.д.), становится очевидным влияние на его рекомендации тезиса Джерома Франка (1961), касающегося антропологического аспекта убеждения и целительства. Далее в этой главе вниманию читателя представляется анализ теоретических положений Ялома, а также влияния работ Салливана и Франка на подход Ялома к групповой психотерапии. Однако, сначала мы исследуем описание основ групповой психотерапии в формулировке Ялома и основные задачи ведущего группы. Данный материал не претендует на оригинальность и является лишь сжатой презентацией выкладок Ялома в Главах 5 (во втором издании опубликованы две пятые главы) его работы, изданной в 1975 году. Если заинтересованный читатель хочет рассмотреть источник информации, изложенной в данной книге, мы предлагаем ему исследовать упомянутое издание более подробно.

Основные задачи по Ялому

В модели групповой психотерапии, предлагаемой Яломом, перед ведущим группы стоят три основные задачи. Они таковы:

- Обеспечение физического выживания группы
- Создание культуры группы и установление терапевтических норм
- Обучение и моделирование для участников работы “здесь и сейчас” в рамках группы.

Задача по обеспечению физического выживания включает в себя те усилия, которые вкладываются в создание и поддержание группы. Обычно бывает проще предсказать, какие именно члены группы прекратят лечение, чем определить, кто преуспеет и получит пользу от групповой психотерапии. Ялом настаивает, чтобы ведущий группы уделял больше времени подготовке участников группы, чем их безупречному подбору. Вопрос управления границами группы и подготовки членов группы более подробно обсуждался в Главе 3. Настоящая глава посвящена в основном рекомендациям Ялома, касающимся двух оставшихся основных задач, а также того, какое огромное влияние их выполнение оказывает на успех или провал психотерапевтической группы, созданной для работы с аддиктивными пациентами.

Создание культуры группы и установление терапевтических норм

Как только группа начинает существовать физически, ее ведущий должен направить свою энергию на оформление групповых норм и культуры группы в терапевтическую социальную систему. Это, в свою очередь, приведет в действие лечебные факторы (см. главу 15), которые для Ялома являются ключевыми в обеспечении эффективности. В отличие от каких-либо других объединений, члены такой группы должны быть свободны в любой момент прокомментировать возникающие у них чувства в адрес каждого из участников, а также в адрес ведущего. Для того, чтобы появилась подобная атмосфера, ведущий должен направлять участников в сторону установления шести основных норм группы. Эти нормы таковы:

- Честность и спонтанность санкционирована и поощряется.
- Необходимо обеспечить высокий уровень вовлеченности каждого из участников группы.
- Самораскрытие каждого из членов группы должно происходить в атмосфере, которую Ялом называет “взаимной уязвимостью”.
- Необходимо внушать и поощрять стремление к самопознанию каждого участника группы.
- Неосуждающее принятие недостатков, личных изъянов и неблагоприятия каждого из участников группы должно стать нормой.
- Неудовлетворенность собой должна быть прочувствована, и нужно поддерживать в участниках желание изменить то поведение, которое к ней привело.

Большинство ведущих групп согласятся, что эти нормы желательно установить и поддерживать. Но вопрос состоит в том, каким образом этого достичь? Ответ очень прост, и он находится в области теории модификации и подкрепления поведения. Ведущий группы должен:

А. Установить и подкреплять здоровые и функциональные нормы. Б. Избегать, игнорировать и угашать нездоровые и дисфункциональные нормы.

С точки зрения Ялома, терапевт должен создать атмосферу и климат, способствующие изменению. Ведущий группы — это инженер, а группа — лаборатория для исследования и понимания межличностных проблем, с которыми каждый участник приходит в группу. Только тогда, когда культура группы становится именно такой, последняя может быть использована как средство для изменения неадаптивного поведения каждого из участников.

В распоряжении терапевта имеется два готовых инструмента, или метода, для формирования групповых норм. Прежде всего, терапевт является техническим экспертом, который, будем надеяться, лучше понимает динамику и развитие поведения, как адаптивного, так и неадаптивного, чем члены группы. Благодаря профессиональному образованию, у терапевта имеется более свободный доступ к соответствующей информации, которая поможет ему или ей легко узнать патологическое поведение и определить, что же является здоровым и адаптивным поведением. Во-вторых, ведущий обладает преимуществом действия в качестве “образцового участника”, благодаря своему особому положению в психотерапевтической группе.

Технический эксперт

Что Ялом имеет в виду, называя ведущего техническим экспертом? Участники автоматически приписывают ему определенные характеристики, из-за уже установленной роли, которой ведущий обладает. Например, для многих членов группы это может быть роль доброжелательного опекуна, а для других — роль авторитарного самодержца. Хотя многие формы групповой психотерапии (например, Тэвистокские группы) прежде всего заинтересованы в трансферентных реакциях членов группы на приписываемые ведущему характеристики, Ялома больше всего заботит взаимодействие участников между собой и создание терапевтической культуры группы. Вследствие этого, Ялом настаивает, чтобы ведущий группы использовал вес своего авторитета и опыта для установления норм, необходимых для хорошо функционирующей и эффективной терапевтической группы. Перенос и искажения переноса в отношении ведущего группы будут возникать постоянно, и их можно будет исследовать позже, когда ведущему будет более выгодно заняться этим. Хотя Ялом считает, что искажения переноса имеют терапевтическое значение, они вторичны по отношению к созданию соответствующего климата группы и обеспечению того, чтобы участники не были вынуждены оказаться в регрессивной позиции слишком рано.

Поэтому Ялом предлагает ведущему использовать приписанную ему роль технического эксперта для того, чтобы побудить участников группы взаимодействовать друг с другом, вместо того, чтобы направлять энергию на взаимодействие с ним. В качестве одного из способов воздействия на членов группы, Ялом предлагает обращаться к их здравому смыслу. Это прежде всего можно осуществить во время подготовительной первой сессии, которую каждый пациент должен посетить, прежде чем будет допущен в группу (см. Главу 3).

Тем не менее, несмотря на самые лучшие инструкции и детальные подготовительные меры, члены группы будут продолжать направлять свое внимание и энергию на ведущего. Поэтому Ялом советует применять более тонкие методы подкрепления, чтобы справиться с этой проблемой. Например, ведущий может похвалить тех участников, которые комментируют поступки других членов группы. Простое замечание типа “верно подмечено” посылает четкий сигнал другим участникам, что взаимодействие и обратная связь между членами группы является активно поощряемой нормой поведения. Ведущий также должен открыто выражать свое отношение к взаимодействию между участниками, постоянно спрашивая, почему во время сессии комментарии участников не относятся друг к другу. Он может также вслух интересоваться, почему комментарии направлены только в его адрес, и спрашивать у группы в целом, почему они отказываются говорить друг с другом. Отказ отвечать на вопросы, прямой либо косвенный — это другое средство организации взаимодействия участников. Невербальное поведение также является ценным инструментом, который часто поощряет членов группы напрямую разговаривать друг с другом. Например, ведущий может отворачиваться корпусом от того члена группы, который говорит лишь напрямую с ним, таким образом, посылая ему или ей четкий сигнал о том, что он не заинтересован в группе, сконцентрированной на своем ведущем. Если перевести взгляд участника от своих собственных глаз на глаза другого члена группы, это может привести к установлению зрительного контакта между двумя участниками, и таким образом поощрить диалог между ними, не ограничиваясь обменом мнениями между ведущим и членом группы. Обязанность научить пациентов взаимодействовать между собой, а не только с ведущим, входит в задачи последнего. Это — непростая задача, которая требует от него выполнения роли технического эксперта и постоянной подачи группе и ее участникам соответствующих сигналов различными способами, напрямую или косвенно. Климат терапевтической группы, соответствующий рекомендациям Ялома, может быть установлен только с помощью постоянных усилий терапевта, обучающего участников направлять свою энергию друг на друга.

Образцовый участник

Ведущий группы устанавливает нормы не только с помощью явной или скрытой социальной инженерии, но и с помощью примера, подаваемого собственным межличностным поведением в группе. Именно с этой точки зрения роль группового терапевта наиболее радикально отличается от его роли в индивидуальной терапии. Описание, которое дает Ялом ведущему группы как образцовому участнику, поднимает ряд важных вопросов в отношении нейтральной позиции ведущего и прозрачности его собственных чувств, установок и поведения в период установления терапевтических взаимоотношений в группе. Для того, чтобы терапевтическая группа осуществила свои потенциальные возможности, необходимо, чтобы она отказалась от социальных норм, которые руководят большинством межличностных взаимодействий. Например, нас всех в детстве учили быть вежливыми и не высказывать ничего, что может оскорбить другого человека, даже если его поступок или поведение совершенно очевидно этого заслуживает. Успешная групповая терапия требует, чтобы члены группы пробовали новые виды поведения и не боялись рисковать в рамках своего взаимодействия с другими участниками. Наилучший способ достижения этой цели — наблюдение за поведением ведущего группы и, до определенной степени, подражание и интернализация его поведения. Следовательно, то, что говорит ведущий, не столь важно, как то, что он делает. Или, как часто повторяют в группах АА, “научись делать то, что говоришь”. Например, члены АА очень четко распознают тех участников своей программы, которые говорят громкие слова о “хорошей программе”, но не выполняют того, что, как они говорят, должно быть сделано, или того, что они обещали сделать. Точно так же, то, как ведущий справляется со своими собственными тревогами, гневом и отчаянием, посылает ясный сигнал о том, как с этими эмоциями будут справляться участники группы. Короче говоря, как часто повторял Marshall McLuhan, “послание и есть послание”.

То, что ведущий группы делает, и его или ее личностное присутствие в группе гораздо важнее, чем то, что он или она говорит. Это утверждение будет более понятно на примере. Мартин Бубер (1963), еврейский теолог и экзистенциальный философ, писал исключительно о еврейском мистическом движении хасидов. Например, в ортодоксальных иудейских традициях считается, как и в большинстве ортодоксальных дисциплин, что только посвященные и избранные имеют право толковать писание. С точки зрения ортодоксального учения, люди приходят к религиозному лидеру за советом, направлением, или за решением конкретной проблемы. То же происходит и с традиционным здравоохранением и ортодоксальными взглядами на психотерапию: пациент приходит к врачу за диагнозом, интерпретацией или советом по поводу того, как облегчить страдания. Совсем не так происходит у хасидов. А также в программе Анонимных Алкоголиков, и в рамках гуманистического движения Третьей Силы, которое возникло в шестидесятых годах в ответ на ортодоксальные формы психотерапии. Это изменение во взглядах отражает общую позицию как современных религиозных ревизионистов, так и современных форм психотерапии. Центральный вопрос — разница между традиционным авторитарным взглядом на толкование писания и движением реформации, требующим активного участия со стороны ученика, которому предлагается самому открыть Бога или Истину. Еще одним примером подобных взглядов является Гностическое движение в раннем христианстве, считавшее, что ученик находит истину самостоятельно. Популярная песня шестидесятых годов, написанная Джоном Прайном, запечатлела дух этой эры в следующих словах: “Перееду в деревню, куплю себе дом, сам все узнаю про Иисуса”. Этот дух поощрял личную ответственность в поисках собственного понимания, вместо того, чтобы полагаться на слепую веру. Примером индивидуальной интерпретации духовной истины также является реакция Анонимных Алкоголиков на традиционную медицину и авторитарные формы психотерапии, применяемые в лечении зависимости. Это то послание, которое Бубер передавал своим читателям путем толкования Хасидского учения. В рамках этой традиции религиозный лидер (цадик) обучает с помощью примера, а не через проповедь. Не существует эзотерических знаний, доступных лишь посвященным. Все просто, и каждый верующий может самостоятельно познать простоту учения. Цадик не является ученым или вместилищем религиозного учения и мудрости. Ключевым фактором являются взаимоотношения, так же как и в случае образцового участника группы, о котором пишет Ялом. Личность учителя занимает место доктрины. Он и есть учение. Как сказал ученик цадика, “Я иду к своему цадиду не для того, чтобы научиться у него Торе, но для того, чтобы посмотреть, как он завязывает шнурки на ботинках”. При этом надо четко определить, чем именно и до какой степени ведущий хочет поделиться с группой. Когда Ялом говорит о прозрачности ведущего, он не предлагает вывалить перед участниками всю свою подноготную. Такой подход (“все или ничего”) обречен на провал и обычно является деструктивным для группы и ее членов. Откровенность ради самой откровенности — это фарс. Ведущий группы должен ограничивать выдаваемую им информацию о самом себе, и взвешивать это решение исходя из того, насколько откровенность и прозрачность с его стороны поможет или помешает группе. Участники должны понять этот базовый постулат в отношении честности, и ведущему следует быть настороже, не позволяя членам группы прятаться за правдивостью своих разрушительных нападок на других участников. Фраза “Я просто был честен” не является оправданием жестокого нападения или причинения боли другому. Как сказал Эрнест Курц (Ernest Kurtz (1983)), “Честность с дурными намерениями хуже лжи”. Ведущий должен научиться поддерживать равновесие между честностью и ответственностью. Следовательно, решение по поводу того, насколько прозрачным будет ведущий при ведении группы, принимается исключительно путем определения степени полезности некоей информации для группы и ее участников. Ведущий никогда не должен забывать, что группа существует не для того, чтобы он использовал ее для собственного блага или самолечения. Вопрос, которым ведущий группы всегда должен задаваться, прежде чем откровенно рассказать про себя — это «поможет ли моя откровенность участникам группы в данный момент?». Это можно лучше понять на следующем примере:

Билл — выздоравливающий алкоголик, стаж трезвости — три года. В начале четвертой встречи Билл рассказал группе, что три года назад он сексуально приставал к своей шестилетней дочери во время одного из приступов беспамятства, вызванных алкоголем. Билл не собирался раскрывать группе эту информацию, и признание было вызвано тем, что другой участник открыто и откровенно заговорил о своем чувстве вины за прошлые деяния, совершенные под влиянием алкоголя. Признание Билла взорвалось, как бомба, и по его собственному смятению и смущению было понятно, что он увлекся своими чувствами и открыл группе больше, чем намеревался. Некоторые члены группы, сами дети родителей-алкоголиков, которые сексуально злоупотребляли ими в детстве, были особенно поражены смешанным чувством гнева и стыда, которое вызвал в них рассказ Билла. Поскольку стало очевидно, что группа растерялась и не знает, как ему ответить, ведущая группы, вместо того, чтобы позволить им бессмысленно бороться со своим дискомфортом, решила поделиться своими собственными чувствами. Она сказала: “Билл, я тронута твоей готовностью поделиться с группой такой неприятной и болезненной информацией. Это признание показывает, что ты научился доверять другим участникам, раз ты решился пойти на такой риск. Я знаю это по себе, твой рассказ вызвал у меня смешанные чувства, напомнив о сексуальных приставаниях ко мне моего собственного отца. Я не знаю, смогла ли бы я сама проявить мужество, которое ты проявил, рассказав нам о том, что случилось, но я рада, что ты рискнул”. Сразу за этим отъездом, поступившим от ведущей, другие участники группы начали делиться с Биллом подобными чувствами, помогая ему проработать и избавиться от презрения к себе и огромного чувства вины, которые он таил в себе много лет. Этот случай также посылает ясный сигнал группе и другим ее участникам: «в этой группе можно поделиться глубочайшим и самым страшным секретом, и рассказчик не встретится с порицанием, осуждением или отчуждением». Такой реакцией ведущая группы избежала потенциально катастрофической ситуации, которая была бы разрушительна для Билла, так же как и для терапевтического климата в группе.

Как только Билл и другие участники почувствовали, что его секрет был принят с положительным пониманием, ведущая смогла направить группу в сторону более негативных реакций в более структурированной и организованной форме. После того, как группа интегрирует этот опыт и достигнет положительного разрешения, ведущая сможет предоставить участникам больше свободы и меньше руководства в исследовании их реакций, если подобная ситуация повторится в будущем. Группе, благодаря решению ведущей о принятии активной и направляющей роли в создании позитивной нормы, не пришлось бесконечно барахтаться в сложной фазе развития до того, как группа стала достаточно стабильной и сплоченной, чтобы справиться с ситуацией.

Ведущий также должен моделировать неосуждающее принятие и понимание сильных и слабых сторон каждого участника. Интерпретация или конфронтация, подходящая для группы, достигшей сплоченности, может быть разрушительной и уничтожающей для нее же на ранних стадиях развития. Например, ведущий не хочет, чтобы участники считали, что раскрывать секреты группе небезопасно. Именно так могло получиться, когда Билл рассказал о своих сексуальных приставаниях к дочери. После длительного периода молчания участник группы может решиться раскрыть свой секрет. Ведущий имеет возможность выбрать форму ответа. Он может отреагировать заявлением, которое интерпретируется следующим образом: “Почему же ты нам не рассказывал об этом раньше?” С другой стороны, он может произвести прямо противоположный эффект, выразив вместо этого следующую мысль: “Похоже, теперь ты достаточно доверяешь группе, чтобы поделиться с нами этим”. В первом случае сигнал членам группы, скорее всего, вызовет у них реакцию опасения: “О, черт, у меня есть секрет, и если я сейчас прямо расскажу о нем, то на меня все накинутся. Я лучше промолчу”. Во втором случае группа понимает, что здесь можно свободно говорить о любом предмете, и они могут раскрыться тогда, когда они к этому готовы, не боясь порицания или наказания со стороны ведущего или других членов группы.

Межличностная честность и спонтанность

В задачи ведущего также входит моделирование межличностной честности и спонтанности. Если он не хочет создать группу, сконцентрированную на нем, или однонаправленную группу (все участники — любящие, или все — гневные), то эта задача становится крайне важной. Тем не менее, откровенность и спонтанность должны быть уравновешены ответственностью. Ялом использует комментарий Виктора Франкла по поводу социальных проблем в Соединенных Штатах, чтобы более наглядно продемонстрировать это. Он говорит, что Статуя Свободы на Восточном побережье должна уравновешиваться Статуей Ответственности на Западном. Свобода откровенности и спонтанности становится возможной в терапевтической группе только тогда, когда она уравновешена чувством ответственности. Ведущий должен всегда взвешивать свои решения в группе, балансируя между полной спонтанной откровенностью и контролируемой структурированной ответственностью. Мартин Бубер, чьи работы значительно повлияли на Карла Роджерса и бесчисленных других теоретиков, много писал о тонкой грани (“narrow ridge”) между точным, структурированным миром науки, и хаотичным, неточным миром религии и духовности. Работы Бубера отражают его веру в то, что психотерапевт должен быть не только аутентичной личностью, но и человеком, который живет в “священной неуверенности”, сознавая то, что в мире ничто не абсолютно. Буберовское понятие тонкой грани — это ключ к пониманию доктрины, на которой построена его философия Я-Ты отношений. Именно через отрицание абсолютов Бубер пытался выразить свой собственный взгляд на понимание и знание.

«Я иногда объяснял друзьям свою точку зрения в виде “тонкой грани”. Этим я хотел выразить, что я стоял не на широкой платформе системы, которая включает в себя серии уверенных суждений об абсолюте, а на тонкой, каменистой кромке между пропастями, где нет уверенности выразимого знания, но есть лишь несомненность встречи, которая остается нераскрытой». (Buber, 1955, стр. 184).

Для Бубера тонкая грань представляет собой баланс между хаосом неопределенности и точностью определенности, основанной на вере в абсолютное знание. Бубер видел трудности, связанные с каждой из этих крайностей. Вера в то, что у кого-то есть абсолютное знание, ведет к догматизму, грандиозности и потере духовности. Вера в другую крайность ведет к хаосу, нигилизму и гедонизму. Понимание тонкой грани в видении Бубера открывает путь к толкованию понятий Я-Ты отношений, бездны и “священной неуверенности” его экзистенциальной философии. Оно также лишает ведущего группы того комфорта, который дает знание готовых формул и конечных ответов для разрешения проблем и дилемм пациента.

Как практикующий психотерапевт и человек, который проводит большую часть своего рабочего времени с пациентами в индивидуальной и групповой психотерапии, я каждый день вынужден сталкиваться с этой борьбой, ожидая появления следующего пациента. Я всегда чувствую волнение, иногда более сильное, чем обычно, в ожидании встречи с новым человеком. Что от меня потребуется сегодня? Смогу ли я как человек ответить на зов этого другого человека? Я борюсь со своим желанием контролировать этот час сессии, с желанием предоставлять ответы, давать краткую информацию и следовать готовым формулам, потому что я боюсь того, что может потребоваться от меня как человека, когда я рискну встретиться с другим человеком в уникальной и неопределенной ситуации. Я знаю, что найду комфорт в привычных формулировках, но понимаю, что должен следовать по Буберовской тонкой грани между спонтанностью и контролем. Я должен заново убедить и утвердить себя в вере во встречу двух душ, и позволить диалогу между нами идти своим путем.

Психотерапия в том виде, в каком она должна практиковаться, требует многого, возможно, в некоторых случаях даже больше, чем терапевт может дать в конкретной ситуации. Требования к ведущему группы настолько высоки, что мало кто может решиться полностью погрузиться в мир больных душ, как это ярко иллюстрирует Бубер:

«В некоторых случаях терапевт приходит в ужас от того, что он делает, потому что он начинает подозревать, что от него требуется что-то совершенно другое. Что-то несовместимое с экономикой его профессии, действительно угрожающее его регулярной практике. От него требуется извлечь конкретный случай из корректной методологической объективации и самому выйти из роли профессионального превосходства, достигнутой и гарантированной длительным обучением и практикой, и шагнуть в элементарную ситуацию между тем, кто зовет, и тем, кого позвали. Бездна не взывает к его уверенно функционирующей безопасности действий, она взывает к бездне, то есть к самости доктора, той сущности, которая спрятана под структурами, созданными тренингом и практикой, той, которая сама окружена хаосом, знакома с демонами, но вознаграждена скромной силой борьбы и преодоления, и готова бороться и преодолевать снова. В том, что он слышит этот зов, прорывается, в наиболее обнаженной форме среди всех интеллектуальных профессий, кризис ее парадокса. В решающий час, вместе с пациентом, доверенным и доверившимся ему, он покидает закрытую комнату психологического лечения, в которой аналитик правит посредством систематического и методологического превосходства, и делает с ним шаг вперед, в атмосферу того мира, где самости открыты друг другу» (Buber, 1964, стр.395).

Такое состояние требует от ведущего, чтобы он перестал нуждаться в том, чтобы производить впечатление совершенства. Он должен быть готов принять и признать свою способность ошибаться. Несколько примеров помогут более четко отразить это.

На четвертой встрече психотерапевтической обучающей группы одна из ее участниц выступает против ведущего, обвиняя его в том, что он контролировал группу, подавлял ее и оставался отчужденным во время предыдущих сессий. Это первая конфронтация с ведущим, и на какой-то момент в комнате воцаряется изумленная тишина, а все остальные участники группы еле сидят на стульях, ожидая реакции на это нападение. Ведущий быстро принимает решение спросить у девушки, не похожа ли эта реакция на ее восприятие своего отца и взаимоотношения с ним. Участница, пораженная неожиданным ответом и несколько обрадованная возможностью разрешить конфликт между собой и ведущим, быстро признала справедливость этого предположения. С помощью терапевта она начала исследовать свои чувства в отношении своего отца и своих взаимоотношений с ним. Хотя интерпретация ведущего была вполне корректна, и ее отец обладал именно такими качествами, участница все же была точна в своем восприятии терапевта, так как он на самом деле вел себя отчужденно и контролирующе. Своим поступком он группы служил скорее своим собственным интересам и страхам, переключив внимание участницы на исследование ее прошлых взаимоотношений с отцом. Это позволило ему отвести огонь от себя, укрепляя его позицию собственной непогрешимости. Вместо того, чтобы углубляться в “там и тогда”, с терапевтической точки зрения было бы гораздо полезнее позволить участнице полностью выразить свое восприятие ведущего и свои чувства к нему. После того, как эти чувства были бы полностью исследованы в плоскости “здесь и сейчас”, терапевт мог бы подвести ее к пониманию того, почему у нее возникла такая сильная реакция на человека, обладающего этими качествами, в особенности, если этот человек является авторитетной фигурой.

Применяя стратегию “здесь и сейчас”, ведущий дал бы понять участникам группы, что он не является совершенством, что у него есть качества, которые не всегда полностью достойны восхищения, при этом показывая, что он может принять в себе эти недостатки и готов признаться в них перед другими, без страха и не занимая защитную позицию. Таким образом, члены группы получили бы мощный сигнал. Они поняли бы, что тоже не обязаны быть безупречными, и они, так же, как и другие, обладают правом иметь недостатки, которые не влияют на их способность поддерживать счастливые и значимые взаимоотношения с другим человеком. Они также поняли бы, что конфронтация с ведущим вполне возможна, и что ее можно конструктивно разрешить.

Еще один пример признания ведущим своей подверженности ошибкам и последующего положительного эффекта на прогресс группы связан с гештальт-терапевтической группой, которую проводил Эрв Полстер (Erv Polster).

Однажды я принимал участие в обучающей группе, которую он проводил. Эрв пытался разобраться в трудностях одного из участников, который не решался сделать предложение своей девушке. Действуя в рамках гештальт-подхода, Эрв предложил мужчине перечислить все аргументы в пользу того, чтобы жениться на этой девушке. Ведущий постоянно подталкивал участника к тому, чтобы тот постараться понять, почему же он отказывался на ней жениться, и в конце концов участник заявил Эрву, что тот ведет себя как еврейская мамочка, пытающаяся женить его на этой женщине. Эрв был несколько удивлен таким заявлением, он остановился и спросил, почему участник так отреагировал. Тот перечислил все подбадривающие замечания, высказанные Эрвом. Минуту поразмыслив, Эрв засмеялся и сказал: “А знаете, вы правы!” Дело было сделано, и группа засмеялась вместе с ним, восхищаясь человеком, который смог признать, что был неправ, и изменить свой образ мысли, столкнувшись с доказательствами ошибочности своей позиции. Этот случай многому научил всех участников группы.

Установление групповых норм

Теперь, после рассмотрения вопроса о том, каким образом ведущий должен устанавливать нормы работы в группе, он должен понять, какие именно нормы он или она хочет установить.

Первое и самое главное — это установить норму группового самомониторинга. Если этот вопрос не решить, группа будет ориентирована на ведущего, зависима и пассивна. Ведущий должен направлять свою энергию на то, чтобы группа рефлексировала и оценивала сама себя. Ялом приводит пример того, как ведущий может отреагировать на то, что группа провела полчаса в поверхностной болтовне или была монополизирована участником группы, который продолжает бесконечный разговор, ведущий в никуда.

Ялом предлагает ведущему помочь группе рассмотреть свои действия, ставя перед участниками вопросы об их пассивности. Например, он может сказать: “Я вижу, что прошло уже полчаса, и чего группа достигла сегодня? Удовлетворен ли каждый из вас содержанием и направлением сегодняшней работы? Если нет, почему вы ничего не сказали? Что бы вы могли сделать по-другому? Что помешало вам действовать? Как вы оцениваете сегодняшнюю работу группы по шкале от одного до десяти? Как бы вы оценили собственное участие по такой же шкале? Что позволило бы группе заработать больше баллов или что бы вы сами могли сделать, чтобы заработать больше баллов?”

Каждый из этих вопросов и утверждений подталкивает группу и ее участников к самоанализу. Цель каждого из этих вопросов состоит в том, чтобы переместить функцию оценки от ведущего к участникам группы.

Норма самораскрытия

Хотя самораскрытие является ключевым фактором в развитии правильно функционирующей группы, ведущий должен позволить участникам определять свой собственный темп. Но, в то же время, ему следует поощрять участников рассказывать о себе. Группа может зайти лишь так глубоко и так далеко, как ее самый закрытый и замкнутый участник. Каждый член группы раскроет себя до определенного предела, а затем подождет, пока другие присоединятся к нему в атмосфере “взаимной уязвимости”. Наиболее закрытого участника, обычно сдерживающего себя из-за страха возможной реакции других на его сообщение, придется мягко поощрять к рассказу о его секрете, которым он рано или поздно поделится, когда будет к этому готов. Ему надо, тем не менее, сказать, что чем дольше он ждет, тем труднее ему будет поделиться своим секретом. Большой секрет (ведь в каждой группе есть по крайней мере один участник, у которого есть по крайней мере один большой секрет) похож на паутину, в центре которой находится секрет, и все разговоры напоминают нити, которые могут привести к центру. Чем больше участник группы боится раскрыть свой большой секрет, тем более сдержанным он будет в своих разговорах на другие темы, потому что он будет бояться, что эти разговоры могут потянуться к той ниточке, которая ведет к узелку в центре паутины, где и сидит его большой секрет.

Ялом напоминает своим читателям, что группа не представляет собой принудительной исповедальни, и участники никогда нельзя заставлять раскрыть их большой секрет. Большинство участников опасаются реакции группы, и их катастрофические страхи и убеждения необходимо исследовать, прежде чем они будут раскрыты. Это можно осуществить с помощью очень простого, но эффективного метода, который Ялом называет метараскрытием, то есть раскрытием о раскрытии.

Например, участник группы может неожиданно замолчать после того, как он какое-то время свободно говорил в группе, и даже открыто признать при этом, что на эту тему он больше говорить не может. Вместо того, чтобы настаивать на разговоре или сдаться, ведущий может спросить у участника о природе того катастрофического страха, который мешает ему раскрыться. “Чего вы боитесь, что может случиться, если вы заговорите с группой на эту тему? Как вы думаете, кто отреагирует наиболее резко, а кто, вы считаете, лучше всего вас поймет? Что самое худшее из того, что может случиться, если вы поделитесь этой информацией с группой?” Все эти вопросы направлены на то, чтобы помочь участнику исследовать природу собственного сопротивления. В терминологии гештальт-подхода это называется движением за сопротивлением и часто является сутью гештальт-терапии. Участника группы поощряют исследовать свои страхи, как рациональные, так и иррациональные, связанные с его нежеланием раскрываться. Группа может даже продвинуться еще дальше в рамках метараскрытия, спросив участника группы, что он думает по поводу невозможности поговорить на эту тему с группой, и является ли его чувство изоляции болезненным или привычным. Вопрос чувств, связанных с этими страхами, становится фокусом работы с участником группы и обычно является гораздо более важным и значимым, чем тот секрет, который он так боялся раскрыть. На самом деле, ведущий должен быть осторожным в своем исследовании сопротивления членов группы самораскрытию, поскольку, если выманить у участника преждевременное признание, то в группе установится негативная норма. Можно значительно повредить безопасности и доверию в группе, если ведущий нарушит право участников группы воздерживаться от преждевременных признаний, и затем будет толкать участников к самораскрытию до того, как они будут готовы поделиться своими секретами.

Метараскрытия также могут быть использованы после того, как участник группы раскрыл свой секрет или открыл группе некоторые свои ранее скрываемые стороны. Ведущий может спросить участника, что он почувствовал, когда раскрыл свой секрет группе. Его также можно побудить исследовать свои страхи в отношении каждого конкретного участника группы, помогая ему модифицировать свою систему катастрофических ожиданий и понять, что он не так ужасен и отвратителен, как он сам думал до этого. Как ведущий, в ответ на первое самораскрытие участника я подчеркну тот риск, на который он пошел, и помогу ему подтвердить несостоятельность его ужасных ожиданий. Например, я могу сказать следующее:

«Мэри, сегодня ты пошла на значительный риск, открыв группе эту информацию, и я рад видеть, что теперь ты нам доверяешь достаточно, чтобы поделиться таким болезненным опытом. Я знаю, что ты боишься осуждения со стороны других участников, потому что твои родители были очень критичны и унижали тебя. Я бы хотел, чтобы ты вспомнила те ответы, которые ты сегодня услышала от других участников группы, и поняла, что они не думают о тебе хуже из-за того, что ты нам рассказала. Напротив, если ты посмотришь на их лица, ты увидишь больше заботы и понимания, чем до того, как ты поделилась этим. Твой страх неприятия и самораскрытия привел к тому, что ты построила стену вокруг себя, которая держала людей на расстоянии, создавая то самое неприятие и критику, которых ты больше всего боялась».

Ялом больше озабочен самим процессом раскрытия, чем его содержанием. В его модели гораздо больше внимания обращается на проработку тормозящих процесс страхов и на развитие климата принятия и выражения чувств в группе. Это — ключ к модели Ялома. Климат и атмосфера превалируют над интервенциями, конфронтациями и исследованием сопротивления.

После того, как самораскрытие произошло, участника никогда нельзя порицать за него. Еще более важно не допускать “боев без правил” между членами группы. Зачастую, в пылу борьбы, нападая, один участник может использовать материал, чувствительный для другого. Например, в случае с Биллом, который рассказал группе о своих сексуальных приставаниях к собственной дочери в бессознательном состоянии под воздействием алкоголя, участник группы может использовать этот материал против Билла в ходе конфронтации и заявить: “Какое ты имеешь право меня критиковать, я, по крайней мере, никогда не приставал к своим детям!” В такой момент ведущий должен остановить процесс, быстро вмешаться в конфликт и сказать: “В этой группе сейчас произошло важное событие”. Необходимо спросить оскорбленного участника о его или ее чувствах, и спросить других участников, были ли у них подобные случаи, когда их откровения использовались против них с целью порицания. Подтолкните других участников группы к разговору об их реакциях на конфликт. Объясните группе, что это нападение сделает признание более сложным для других. Исследуйте, как этот конфликт повлияет на группу и ее желание быть откровенной и открытой в дальнейшем. В такой момент задача ведущего состоит в том, чтобы убедиться, что группа поняла: в этой группе к самораскрытию относятся с уважением, и ведущий примет меры, чтобы предотвратить негативное использование ранее раскрытого материала. В этой группе “бои без правил” не разрешаются.

Этот вопрос важен по многим причинам. Люди обычно опасаются быть аутентичными и проявлять свою истинную натуру. Большинство людей, в особенности алкоголики и наркоманы, не хотят занимать аутентичную позицию в жизни из-за своего страха вызвать неприятие или антипатию. Мне все равно, если ты меня не примешь или не будешь меня любить из-за того, что ты обо мне думаешь. Но если я такой, какой я есть, и ты меня по-настоящему узнаешь, а потом все равно оттолкнешь, это гораздо страшней и больней. Следовательно, в нашем взаимодействии с другими людьми мы все используем то, что Беднар (Bednar (1985)) называет менеджментом впечатления. Мы пытаемся решить, что именно поможет нам добиться одобрения, и действуем именно таким образом. Сложности, связанные с таким искусственным подходом к жизни, лучше всего обобщил Курт Воннегут: “Нужно быть очень осторожным с тем, кем ты притворяешься, потому что однажды утром ты можешь проснуться и обнаружить, что ты именно этим и стал”.

В группе задача состоит в том, чтобы помочь людям рискнуть стать самими собой перед другими, с тем, чтобы их любили и принимали за то, какие они есть на самом деле, а не за то, что они делают или как они себя ведут. Это поможет им отказаться от своего интроекта (“Если бы ты знал, какой я на самом деле, ты бы меня не любил, потому что я плохой”). Группа, которая поощряет откровенное самораскрытие и принимает это самораскрытие, позволяет участникам понять, как их интроекты препятствуют их способности быть любимыми и доставлять другим удовольствие от общения. Участники группы постепенно научатся понимать, каким образом они закрываются от значимых взаимоотношений, и то, как их негативное самовосприятие ведет к постоянным ошибкам в выборе любимых и друзей. С помощью этого понимания они также научатся видеть, как они сами усугубляют свои трудности. Будучи аутентичными с другими, они пройдут через коррективный эмоциональный опыт, который позволит им создать истинное ощущение самих себя и повысит их самоуважение. Группа, проводимая в таком ключе, способствует восстановительным работам над самооощущением пациента. Цель лечения состоит в том, чтобы участники получили доступ к собственным внутренним сигналам, самооценке и способам, которыми они сами себя осуждают. Если поощрять участников быть более искренними в группе, они будут чувствовать себя менее обманчивыми, менее фальшивыми, и постепенно займут аутентичную позицию в жизни. На этом этапе они усвоят важнейшее послание: “Я чего-то стою, даже если я буду самим собой”.

Процедурные нормы и антитерапевтические нормы

В оптимальном варианте, чем более неструктурированно, спонтанно и свободно возникают взаимоотношения в группе, тем более она будет эффективна. Тем не менее, ведущий должен быть осторожен, определяя, насколько неструктурированной и спонтанной будет группа. Если он не будет достаточно активен, и не будет в достаточной степени задавать направление, то группа дегенерирует до определенного набора антитерапевтических норм. Такие нормы легко установить, но зачастую трудно отменить, если оставить их без внимания на длительный срок. Ниже приводятся некоторые из выведенных Яломом наиболее распространенных и проблематичных антитерапевтических норм, которые могут возникнуть в группе:

Формат очередности. На занятии время уделяется по очереди каждому из участников группы. Первый, кто заговорит, например, станет фокусом всего занятия. Группе будет невероятно сложно переключить внимание с одного человека на другого. Это может стать особенно проблематичным по двум причинам. Прежде всего, такой подход стимулирует преждевременное самораскрытие. Участник группы, ставший фокусом сессии, будет все больше и больше поддаваться нарастающему давлению группы, что приведет к тому, что он будет вынужден раскрыться больше, чем он готов. Человек, таким образом, подвергается эмоциональному изнашиванию. Вторая опасность — это повышение тревожности других членов группы, когда они поймут, что очередь в группе подходит к ним. Тревожность и страх может возрасти до такой степени, что участник уйдет из группы, лишь бы не принимать на себя огонь на следующей встрече.

Формат одной темы. В группе может установиться привычка посвящать все занятие первой представленной теме или проблеме. Может установиться негласное правило против перемены темы, с соответствующими санкциями, о которых открыто никто не заявляет.

Формат “А ты так можешь?” В группе может установиться норма, когда члены раскрываются только в том случае, если их материал более личный или эмоционально напряженный, чем раскрытие предыдущего участника. В группе может развиваться то, что Ялом называет “нарастающей оргией самораскрытия”. Группа должна понять, что тонкие, зачастую скрытые линии их поведения часто являются гораздо более мощным источником конфликта, чем вываливание всей подноготной перед лицом группы.

Группа может стать такой сплоченной, что она будет враждебна по отношению к новым участникам. Если ведущий не будет осторожен, появление новых участников в группе может привести к конфликту, в результате которого группа их не примет. Необходимо очень внимательно относиться к задаче подготовки группы к появлению новых участников. В Главе 11 более подробно говорится о ловушках, которых надо при этом избежать.

Группа, ориентированная на ведущего. Группа может начать идеализировать ведущего. Их нужды станут подчиненными по отношению к нуждам ведущего, и группа будет ориентированной на него и зависимой.

Однобокий опыт. Группа может стать одномерной: все — любящие или все — нападающие. Истинная интимность будет утеряна, и группа установит такие нормы, которые не позволят полностью выразить весь спектр чувств и мыслей.

Важность группы

Чем более важной считают группу ее участники, тем более эффективной она будет для их лечения. Ведущий должен понимать значимость этой позиции и закреплять это убеждение всеми доступными ему средствами. Для того, чтобы группа продолжала существовать, необходимы два элемента: (1) Структура или цель, и (2) Приверженность цели. Ведущий должен определить структуру и цель группы до того, как начнутся занятия. Как только начнутся сессии, он должен дать понять участникам, что группа является самым важным событием в их жизни.

Он достигает этого с помощью собственной пунктуальности, а также заранее сообщая о своем беспокойстве в связи с возможностью отсутствия участника на одном из занятий группы. Ведущий постоянно должен обращать внимание на отсутствие на занятии группы одного из участников, требуя от них заранее объяснять группе, по какой причине их не будет на сессии. Если ведущий думает о группе между занятиями, то ему следует рассказать об этих мыслях участникам группы. Этот рассказ о мыслях между сессиями помогает почувствовать непрерывность работы. Поощрение такой преемственности позволяет группе прорабатывать определенные вопросы от занятия к занятию. Ведущий должен стараться поддерживать эту непрерывность, пользуясь каждой возможностью. Например, если один из членов группы поднимает вопрос, схожий с проблемой, обсуждаемой другим участником, то ведущий может сказать: “Это звучит очень похоже на то, над чем работал Джон на сессии две недели назад”. Очень полезно может быть замечание об отчужденности или изменении в установке одного из членов группы, если это явление можно проследить до какого-либо прошлого события в группе. Например, ведущий может заметить в адрес ушедшего в себя участника: “Мери, я заметил, что ты стала очень тихой после того, как у вас с Джоном вышла размолвка две недели назад”.

Участники в качестве помощников

Как считает Ялом, группа лучше всего функционирует тогда, когда ее участники понимают значение той помощи, которую они могут оказать друг другу. Группа должна научиться ограничивать свою зависимость от ведущего как от единственного источника помощи. По мере возможности поощряйте взаимопомощь членов группы. Простым вопросом легко вызвать поощрительные замечания, которые помогают участникам, например: “Ты услышал много комментариев на эту тему, Боб, что тебе помогло больше всего?” Если участник задает вопрос, не слишком ли он эгоистичен, то вы можете ответить ему вопросом: “Кен, здесь присутствует много людей, которые хорошо тебя знают, почему ты не спросишь у них?”

После того, как нормы установлены, их нужно постоянно поддерживать. Для этого необходимо наблюдать за поведением, которое может подорвать эти нормы. Например, один член группы может ответить другому следующим замечанием: “Джо, ты не имеешь права с ним так разговаривать, ты еще хуже, чем он”. Ведущий должен быстро вмешаться и сказать: “Я бы про тебя этого не сказал, Джо, хотя у нас у всех могут быть подобные проблемы, твои замечания обычно бывают очень полезными”. Спросите у других участников группы об их восприятии Джо. Как они считают, его замечания помогают или вредят? Как только этот вопрос будет решен, ведущий может обратить свое внимание на нападающего участника: “Похоже, все остальные члены группы по-другому воспринимают слова Джо. Может быть, в твоих чувствах по отношению к Джо есть еще что-то?”

Ялом считает, что ведущий должен играть в группе активную и направляющую роль. Его рекомендации не ограничиваются неосуждающими, отражающими или уточняющими замечаниями, которые обычно ассоциируются с задачами терапевта в индивидуальной терапии. В модели Ялома важность установления норм в группе превалирует над другими аспектами роли ведущего. Жизненно важно, чтобы он установил, поддерживал и развивал нормы, которые будут способствовать развитию терапевтического процесса в группе. По мере установления этих норм, ведущий может обращаться к третьей основной задаче терапевта, которую Ялом определяет как активацию и освещение процесса “здесь и сейчас”.

Активация и освещение процесса “здесь и сейчас”

В чем состоит задача ведущего в этой перспективе? Он должен добиться, чтобы участники группы концентрировались на своих сиюминутных чувствах и мыслях, касающихся других участников, ведущего и группы в целом. События, непосредственно происходящие в группе, превалируют над событиями прошлой или текущей жизни каждого участника за пределами группы. События, происходящие “здесь и сейчас” в группе, становятся основным фокусом внимания ведущего.

Почему Ялом поддерживает эту установку и в чем состоят преимущества фокуса “здесь и сейчас”? Такой терапевтический подход стимулирует развитие и окончательное образование социального микрокосма каждого из участников. Как ведущему, вам не придется подталкивать их к разговорам об их межличностных конфликтах, сомнениях или страхах. Эти проблемы проявятся в рамках их взаимодействия с ведущим и другими участниками. Человек, который отчужденно ведет себя в обычной жизни, будет отчужденно вести себя и здесь. Человек, который позволяет собой пользоваться в обычной жизни, позволит пользоваться собой и участникам группы. Люди, которые не выносят гнева, будут испытывать затруднения в группе, столкнувшись с гневной реакцией одного из ее членов. Психологическая Ахиллесова пята каждого из участников группы проявится и будет видна всем, когда они продемонстрируют свое поведение в “здесь и сейчас” группового процесса. Группа, с этой точки зрения, является лабораторией, социальным микрокосмом, в котором каждый отдельный участник выражает свои личные идиосинкратические конфликты “здесь и сейчас” (а не говорит об этом, как о “там и тогда”).

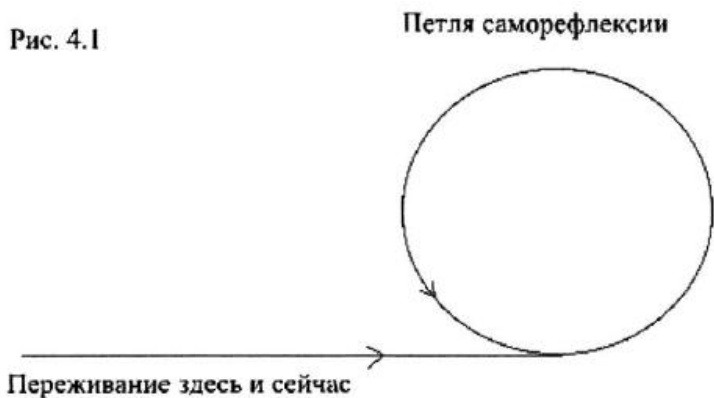
Как только ведущий нащупает “что и почему” внутреннего конфликта каждого из присутствующих, он или она должны привести в движение лечебный процесс в группе. Как выполнить эту задачу? Подход ведущего не должен быть историческим. Он должен отвлечь внимание от того, что происходило вне группы и от прошлого личного опыта каждого участника. “Здесь и сейчас” является силовым узлом группы и состоит из двух слоев.

1.Содержание — чувства, испытываемые группой и ее участниками в настоящий момент.

2.Процесс — рефлексирующее изучение и последовательное прояснение, или освещение, того, что произошло.

Следовательно, модель Ялома предусматривает два этапа. Сначала необходимо понять содержание события. Все члены группы должны понять и признать опыт непосредственного возникновения событий. Затем необходимо понять последовательный процесс событий. Группа должна, рефлексируя, понять механизм собственных действий. Таким образом, группа должна переступить пределы самого события и рефлексировать по поводу процесса, который привел к этому событию. Процесс, например, исследует причины, почему Джо ответил Мэри, а не Биллу, в определенный момент и определенным образом. Почему Люсиль отвечает только мужчинам, когда в группе задается вопрос, и почему она не отвечает тем членам группы, которые больше всех готовы прийти на помощь? Почему Шэрон высказывает такое общее широкое замечание, как “Я доверяю всем”, в то время, когда Сандра говорит о своем страхе перед порицанием? Эти вопросы являются примером освещения процесса, и Ялом считает, что ведущий должен постоянно наблюдать за этим. Приверженность этой позиции объясняется тем, что психопатология пронизывает межличностные отношения. Единичный поступок выражает общую линию поведения. Один пример взаимодействия позволяет ведущему увидеть целое.

Понимание “здесь и сейчас” основывается на петле саморефлексии. В рамках этого образа, группа рефлексивирует на основании содержания опыта “здесь и сейчас”. В основном ведущий отвечает за то, чтобы направить группу к петле саморефлексии, чтобы группа осознала процесс (или “что и почему”) отдельного события (см. Рис. 4.1). Группа начинает отдавать себе отчет в этом процессе благодаря комментариям ведущего по процессу. Следовательно, комментирование процесса входит в его обязанности, для того, чтобы реализовать этот потенциал.



Комментарий по процессу, в свою очередь, требует понимания мета-коммуникационных аспектов определенного сигнала. Как говорит Ялом, «Метакоммуникация относится к коммуникации о коммуникации. Сравните, например, следующие фразы: “Закрой окно!” “Ты бы не хотел закрыть окно? Ты, должно быть, замерз?” “Мне холодно, ты не мог бы закрыть окно?” Каждое из этих выражений содержит гораздо больше, чем простую просьбу или команду. Каждое содержит в себе мета-коммуникацию — сигнал о природе взаимоотношений между двумя взаимодействующими лицами» (Стр. 122-123, 1975).

Ведущий должен понять, почему данный участник группы делает подобное замечание в адрес именно этого участника и именно в такой манере. Процесс имеет отношение к “как и почему” межличностного общения. В своем тексте Ялом приводит замечательные примеры освещения процесса. Например, он рассказывает о студенте, который задал вопрос преподавателю: “В каком году умер Фрейд?” После того, как преподаватель сказал, что Фрейд умер в 1939 году, студент сказал: “Нет, это было в 1938 году”. Как говорит Ялом, вопрос уже не вопрос, если ты знаешь на него ответ. Почему студент задал вопрос, на который он уже знал ответ? Подразумевается, что он хотел либо продемонстрировать свое знание, либо смутить преподавателя. Освещение процесса в группе основано на том же принципе. Ведущий должен постоянно контролировать последовательность взаимодействий, замечая, к кому и когда они направлены. Ялом приводит и другой пример:

В начале сессии терапевтической группы Берт, цепкий, похожий на бульдога, напряженный студент, воскликнул, обращаясь к группе в целом и к Розе (простодушной косметичке, интересующейся астрологией) в частности: “Быть родителем — значит деградировать!” Это провокационное замечание вызвало бурную реакцию группы, у каждого участника которой были родители, а многие сами были родителями, и последовавший за этим гвалт занял все оставшееся время сессии. (Стр. 123, 1975). Если рассмотреть событие только с точки зрения содержания, участники затеяли с Бертом дискуссию на тему отцовства и материнства. Если рассмотреть это с точки зрения процесса, такое взаимодействие богато предположениями в отношении Берта и его взаимоотношений с группой и ее членами. Ведущий может задать себе ряд вопросов в отношении процесса этого взаимодействия. 1. Почему Берт направил свое замечание в адрес Розы, которая более эмоциональна, менее интеллектуальна, и у которой много детей? 2. Почему Берт настолько нетерпим к малообразованным людям? 3. Почему Берт напал на Розу не прямо, а косвенно? 4. Почему Берт спровоцировал группу и подставил себя под нападение со стороны всех остальных участников?

Как предполагает Ялом, все эти наблюдения могут быть правильными, поскольку каждое из них отражает определенный аспект личности Берта, который необходимо исследовать и изучать в ходе терапии.

Терапевтические техники для "здесь и сейчас"

Процесс «просветления» может произойти только в том случае, если ведущий помогает группе сконцентрироваться на «здесь и сейчас». Это может быть сложной задачей, поскольку группа, разнообразными и скрытыми способами, всегда будет пытаться сместить фокус от непосредственно происходящих событий к «там и тогда». Когда в группе поднимается вопрос о событии, не связанном с группой, ведущий должен задать вопрос, каким образом это событие может быть связано с невысказанными и зачастую подсознательными волнениями в группе в целом и у каждого ее участника. Ведущий должен спросить себя, каким образом этот материал относится к настоящему и как это событие может быть оживлено «здесь и сейчас». Пример поможет пояснить этот момент:

На первой встрече обучающей психотерапевтической группы Том начал занятие с того, что попросил помощи у членов группы в его проблеме с соседом. Том подробно рассказал о своем недоверии в отношении друга и о своем страхе перед открытым разговором с этим соседом по поводу тех проблем, которые вызвали настоящее недоверие. Сначала группа ответила Тому своими советами, а затем начала рассказывать о своих собственных проблемах с друзьями, которые подвели их в прошлом, когда они доверили им конфиденциальную информацию. В этот момент ведущий напомнил группе о важности вопроса доверия и спросил участников, испытывают ли они этот страх в отношении группы и ее членов. Группа быстро перевела фокус внимания с доверия «там и тогда» и начала исследовать свои чувства доверия «здесь и сейчас» по отношению друг к другу. Последовала плодотворная дискуссия, которая привела к углублению взаимообмена ожиданиями между членами группы в отношении реакции других в случае, если они им доверятся с открытым и откровенным выражением своих глубочайших чувств и страхов. Как только тема доверия перешла в плоскость «здесь и сейчас», она заняла все оставшееся время сессии. Перед тем, как завершить встречу, ведущий спросил Тома, полностью ли они обсудили его проблему, связанную с соседом. Том признал, что на самом деле проблема была не в соседе, и понял, что его тревога была прежде всего связана с группой.

Признание Тома иллюстрирует важный принцип психотерапии. Вопрос, который ведущий должен постоянно задавать самому себе — это «почему пациент, из всех возможных тем, на которые можно говорить, выбрал именно эту, и заговорил о ней именно в этот момент?». В жизни человека произошла сотня важных событий со дня последней сессии группы. Почему из всех событий, произошедших на прошлой неделе, Том выбрал именно вопрос доверия и свой страх открыто заговорить о недоверии? Хотя Том не отдавал себе отчета в причинах, по которым он решил заговорить о своем друге, подсознательно материал был связан с подобной атмосферой страха и недоверия в группе. Вопросы доверия по отношению к другу и доверия в группе были параллельными в жизни Тома. Группа вызвала в Томе эмоции, которые были связаны с его соседом. Он выбрал тему, которая была наиболее важной в его сознании, но была вторична по отношению к реальным событиям здесь и сейчас. Ведущий должен научиться прислушиваться к такому параллельному разговору. Проведение параллелей между событиями, которые человек решает сделать предметом обсуждения, и событиями «здесь и сейчас» позволит ведущему приоткрыть занавес над возможным подсознательным материалом, который подавляется. Основой этого терапевтического приема является признание важности подсознательных факторов во всех формах коммуникации. Эта позиция подразумевает, что очень важный компонент эмоциональной дисфункции лежит полностью вне сознания человека, выражаясь только в замаскированной или закодированной форме. В основе этого подхода находится понимание бессознательных сигналов, подаваемых человеком, то есть его или ее закодированные или замаскированные послания. Таким образом, для ведущего очень важно оценить и быть способным полностью применить тот процесс слушания, который позволит правильно расшифровать и понять основное значение бессознательных проявлений участников группы. Рональд Лэнге (Ronald Langs (1976)) создал сложную модель, которую он называет процессом слушания, или коммуникативным подходом. Лэнге советует терапевту дифференцировать манифестное и латентное содержание сообщения пациента. Манифестное содержание — это поверхностное содержание ассоциаций человека. Такое сообщение является прямым, непосредственным и самоочевидным, то есть представляет собой то, что человек говорит и имеет в виду. Латентное содержание — это то, что не является очевидным в поверхностном содержании сообщения, а содержится в нем в замаскированной или зашифрованной форме. В задачи ведущего входит расшифровка этого латентного сообщения и превращение его в манифестацию. Поскольку материал часто представляется в замаскированной форме (например, беспокойство Тома в отношении доверия к соседу), ведущий должен прислушиваться к дериватам участника. Термин «дериват» был изначально придуман Фрейдом, и означает то, что манифестное содержание (недоверие Тома по отношению к соседу) является производной (дериватом) от латентного образа (страх и недоверие Тома по отношению к группе). Терапевтам и ведущим групп тяжело дается обработка и расшифровка производных проявлений. Это происходит по ряду причин: 1. Большинство людей предпочитают работать с очевидным материалом, который находится на поверхности и которым сравнительно легко манипулировать. 2. Люди обычно склонны отрицать существование всего, что нельзя напрямую увидеть, потрогать, немедленно понять и обработать. Идея о том, что поверхностный материал содержит латентные значения и впечатления, которые нельзя мгновенно различить, является чуждой для многих терапевтов. 3. Возможно, важнее всего то, что производные ассоциации человека часто скрывают сильно эмоционально заряженные и непреодолимо закодированные восприятия ошибок терапевта, его личных трудностей и недостатков.

Даже самые опытные терапевты могут стать жертвой своего бессознательного желания избежать этих дериватов, потому что они могут иметь конфликтное и критическое содержание. Замечательный пример такого варианта связан с квалифицированным групповым психотерапевтом, который преподавал на национальном обучающем семинаре, проводимом для большой группы медсестер. Семинар проводился в сельской местности. Преподаватель обладал замечательными рекомендациями от высокоуважаемого института психоанализа и имел успешную практику, неотъемлемой частью которой была групповая психотерапия. Однодневный семинар был разделен на две части. Первая часть содержала замечательную дидактическую презентацию теории психодинамической группы, а вторая часть включала в себя демонстрацию эмпирической группы, состоящей из добровольцев из числа участников. Именно во время эмпирической части презентации преподаватель поддался бессознательным усилиям избежать производных ассоциаций из-за их напряженного эмоционального содержания. Группа сопротивлялась его усилиям помочь им уйти от изначальной темы, связанной с их гневом, раздражением и отчуждением по отношению к ортодоксальной и фундаментальной религии. Поскольку большинство медсестер, принимающих участие в конференции, были из маленьких сельских городков на Юге, они имели значительный опыт общения с фундаменталистскими религиозными верованиями, которые были непрактичны и неприменимы в их жизни.

Ведущий не смог оценить эффект, который его великолепная дидактическая презентация произвела на публику. Его акцент на Фрейда, психодинамическую теорию и долгосрочную психотерапию, и связанная с этим тема перевода бессознательного в сферу сознания вызвала знакомое чувство раздражения, испытываемое ими в отношении фундаментальных религиозных учений, с которыми они сталкивались в жизни. Невозможность применить такие фундаментальные религиозные принципы практическим образом в реальной жизни стала манифестным содержанием их сообщения преподавателю. Дериваты этого сообщения были вызваны их латентным, бессознательным чувством раздражения, связанным с непрактичностью фрейдистских принципов долгосрочной психотерапии в краткосрочных лечебных учреждениях, где лежали пациенты с не слишком психологическим складом ума, проживающие в маленьких сельских городках в Южных штатах. В качестве наблюдателя, сидя в безопасности среди публики, мне было несложно расшифровать послание группы преподавателю. При этом он сам, очень компетентный групповой психотерапевт, оказался не способен распознать латентно выраженное раздражение, потому что оно пробудило его собственные бессознательные страхи перед нападением и критикой. Дериваты можно интерпретировать и расшифровывать различными способами. Ведущему не нужно дожидаться от участника высказываний для того, чтобы построить гипотезу о его личностной организации и возможном поведении. Поскольку любое поведение чем-то обусловлено, дериваты и латентное содержание присутствует во многих формах. Например, один мой коллега, проводя интервью с потенциальной участницей группы и встретив женщину в первый раз, заметил, что, ожидая вызова в приемной, она старательно работала над большим сборником кроссвордов. Она была настолько увлечена книгой, что даже не заметила, как терапевт вошел в комнату, чтобы пригласить ее в кабинет. Она настолько напряженно работала над кроссвордом, что ему пришлось дважды окликнуть ее по имени, прежде чем она отозвалась. Когда они шли по направлению к его кабинету, терапевт заметил про себя: "Интересно, наверное, эта женщина обожает играть словами". Он оказался прав, так как женщина провела большую часть терапевтического сеанса, беспорядочно рассуждая о своих мыслях и идеях, пряча свою истинную сущность позади жесткой защитной структуры интеллектуализации, рационализации и изоляции аффекта.

Техники активации "здесь и сейчас"

Для ведущего важнее понять стратегию и теоретические обоснования, на которых базируются все эффективные приемы, чем овладеть этими приемами. Ведущий должен дисциплинировать себя так, чтобы думать в основном в «здесь и сейчас». Он должен переместить фокус от внешнего — к внутреннему, и от общего — к конкретному. Каждая рассматриваемая тема должна заставлять ведущего задать вопрос: "Как я могу связать это с группой?", "Как я могу воплотить это «здесь и сейчас»?» Такой фокус является энергетическим центром модели Ялома. Это — теоретическая стратегия, которая лежит в основе его подхода к групповой психотерапии. Если следовать ей, то ведущему не придется беспокоиться о скучных, шаблонных и монотонных сессиях группы. Участники группы не будут усыплять ведущего и своих товарищей абстрактными рассуждениями о "там и тогда" о событиях, которые произошли шесть месяцев или шесть лет назад. Их истории, трудности и модели поведения будут воплощены в жизнь "здесь и сейчас" Как только будет установлена правильная атмосфера, у ведущего под рукой окажется динамичная и живая лаборатория для изучения человеческих взаимодействий и поступков. Существует множество способов для поддержания жизни путем активации "здесь и сейчас". Один из методов выполнения этой задачи требует, чтобы ведущий отметил все замечания, высказанные в контексте "там и тогда" в отношении людей или событий вне группы, и перевел их в контекст "здесь и сейчас", исследуя, каким образом эти замечания могут относиться к участникам в данный момент работы группы. Например, пациент может начать говорить о когда-то произошедшем враждебном столкновении со своим отцом. Его можно спросить: "Кто в этой группе может вызвать в тебе подобные чувства?" Поскольку выдвинутая жалоба связана с отцом, ведущий должен быть осторожен в отношении возможного переноса. Такое замечание может отражать отношение участника группы к ведущему. Другая участница может пожаловаться на свою деспотичную сестру, признавая, что она много чего хотела бы сказать сестре, но сдерживается, потому что боится репрессий с ее стороны. Превращая беспокойство женщины о "там и тогда" в "здесь и сейчас", ее можно спросить, удерживается ли она от того, чтобы сделать определенные заявления в адрес участников группы, потому что испытывает подобные чувства страха перед осуждением, и не хотела ли бы она поделиться с ними сегодня подобными чувствами.

Участник группы иногда замечает, что его тенденция выработать стереотипы по отношению к окружающим послужила причиной многих трудностей в его прошлых взаимоотношениях. Вместо того, чтобы исследовать, как эти трудности проявились “там и тогда”, ведущий может спросить его, не хочет ли он рассказать участникам группы, какие именно стереотипы он связывает с каждым из них. Такая интервенция не только активизирует взаимоотношения “здесь и сейчас”, но и предоставляет каждому участнику важную информацию о воздействии, которое он оказывает на других.

Если группа дегенерировала до состояния пустой болтовни на вечеринке, и один из участников заметил, что, по его мнению, группа несерьезно относится к своим целям, ведущий может попросить его, не укажет ли он, кто именно относится серьезно к целям группы, а кто — несерьезно. Некоторые участники могут пожаловаться, что группа слишком положительная, и все стараются избежать конфликта. Если спросить в ответ, кто в группе является “лидером движения за мир и тактичность”, то таким образом активизируется богатый источник взаимодействия. Иногда, даже если просто попросить одного из участников использовать “Я-высказывания” и говорить напрямую с другим, то это может превратить скучный, безжизненный монолог в живой, волнующий диалог.

Каждая из этих иллюстраций показывает способы, с помощью которых можно подтолкнуть группу к активации контекста “здесь и сейчас”. Во всех этих примерах у ведущего есть возможность попросить участника группы ответить группе или отдельному участнику или в провокационном стиле, или с поддержкой. Просьба идентифицировать самого дружелюбного, наименее угрожающего, наиболее поддерживающего или увлеченного участника связана с другим видом риска, и вызывает совершенно другой ответ, чем если бы участника группы попросили указать на наиболее сердитого, наименее поддерживающего, наименее заботливого или меньше всех вовлеченного в работу. В зависимости от решения ведущего и его линии исследования, он может построить либо поддерживающую, либо конфликтную культуру группы. Поскольку для эффективно функционирующей терапевтической группы необходимы обе позиции, ведущий не должен жертвовать одной из них ради другой. Тем не менее, его решение должно учитывать стадию развития группы. Если группа еще не выработала сплоченность и доверие, будет неправильным просить участников рисковать и вступать в провокационные конфронтации. Интервенции, соответствующие этой стадии, требуют от ведущего поощрять участников отвечать остальной группе так, чтобы снизить риск регрессии и враждебности. Затем, когда в группе установится доверие и сплоченность, ведущий может подтолкнуть участников к более рискованным провокационным позициям, когда это уже не сможет привести к угрозе существованию группы.

Терапевт также должен отдавать себе отчет в том, что аккуратный, точный мир теории и чистой техники зачастую оказывается неспособным соответствовать жесткому миру реальности. Большинство пациентов-наркоманов никогда не читало Ирвина Ялома и не понимает, почему они должны отвечать “так, как надо” на благородные усилия ведущего, направленные на то, чтобы показать им их ошибки. Поэтому ведущий должен быть готов к получению ответа о равенстве, когда он просит участника указать на другого участника, как на возможный источник межличностной стимуляции. Такие выражения, как “Я доверяю всем в группе в одинаковой степени. Мне нравятся все одинаково” — никогда не соответствуют действительности. Никогда не верьте этому! Никто в психотерапевтической группе не относится ко всем одинаково. Каждый человек в группе уникален и вызывает целый спектр реакций в других людях. Тщательное изучение реакций на такие различия является мощным источником самопознания и личностного развития. Хотя ведущий никогда не должен верить утверждениям о равенстве, ни в коем случае нельзя и активно противоречить этой позиции. Вместо того, чтобы вызывать сопротивление со стороны участников, ведущий должен стимулировать их к исследованию собственных реакций по отношению к определенным членам группы. Этого можно добиться деликатными вопросами: “Конечно, я знаю, что ты доверяешь всем в группе, но если я тебя попрошу выбрать кого-нибудь, кому ты доверяешь больше, чем другим, кого бы ты назвал? Ты не мог бы подумать несколько секунд, посмотреть всем в глаза, и решить, кто вызывает в тебе чувство доверия?” Такая стимуляция ненавязчива, и у большинства участников возникнут определенные чувства, когда они посмотрят в глаза и на лица своих товарищей по группе. В тех редких случаях, когда участник настолько закрыт или склонен к сопротивлению, что он не может или не хочет ответить на такое предложение, его можно спросить, что он почувствовал, выполняя это упражнение. Попросите других участников выразить свои чувства к этому упражнению. Почти всегда это приводит к получению богатого материала от других членов группы. Некоторые могут выразить недоверие к тому, что кто-то может испытывать совершенно одинаковые чувства по отношению ко всем. Другие могут выразить сочувствие тому волнению, которое такое упражнение вызвало бы в них, если бы им пришлось пойти на такой риск.

Иногда ведущий может решить “просто” подтолкнуть отдельного участника группы пойти на истинный контакт с другим. Подлинная интимность и связь может стать мощным целительным опытом для людей, которые прожили всю жизнь в фальшивых, надуманных и неаутентичных взаимодействиях. “Исцеление через встречу” — это выражение придумал Мартин Бубер, чтобы подчеркнуть важность настоящего аутентичного диалога в жизни человека. Бубер много писал о необходимости связей между людьми. У каждого из нас есть первичная потребность в том, чтобы нас слушали и слышали другие. Зачастую достаточно просто знать, что наш крик был услышан, и мы не одни в нашей изоляции и страдании. Во многих случаях на крик человека невозможно ответить, и тогда ответа не ожидают, или в нем нет необходимости. Бубер описал этот феномен как крик, который должен быть услышан, но который не требует ответа. Пример поможет иллюстрировать это.

Мэри тихо сидела на занятиях группы на протяжении более трех месяцев, подавая голос лишь для того, чтобы поддержать или поощрить других. Недавно она обратилась к группе за советом по поводу “своих многочисленных проблем”. Она была замужем за алкоголиком и присоединилась к группе, потому что становилась все более подавленной из-за неспособности мужа поддерживать продолжительную трезвость. За шесть лет их брака он много раз терял работу, был арестован за вождение автомобиля в состоянии опьянения, а также подвергал ее публичному унижению, но эти проблемы перемежались периодическими эпизодами относительного успеха и стабильности. Эти периоды длились достаточно долго для того, чтобы в ней зародилась неоправданная надежда на то, что, может быть, на этот раз все будет по-другому. По мере того, как Мэри рассказывала о своей изоляции и отчаянии, группа начала отвечать ей в своей обычной манере, то есть бесконечными советами. Пассивность и подавленность Мэри обычно вызывали в других именно такую реакцию, что не давало ей возможности мобилизовать свои собственные ресурсы для борьбы с трудностями, требующими принятия важных решений. Остановив высказывания участников группы, ведущий попросил Мэри оглядеться вокруг себя и выбрать одного человека, который, по ее мнению, лучше всех понимал ее положение или ее чувства в настоящий момент. Ведущий решил вмешаться, потому что не хотел, чтобы группа вошла в свое типичное состояние “давайте дадим Мэри совет и скажем ей, что она должна делать”. Вместо этого, ведущий надеялся помочь Мэри войти в контакт с одним человеком, который сможет на самом деле понять ее положение и ее боль. После нескольких попыток заявить, что, по ее мнению, все в группе понимали ее одинаково, в конце концов, Мэри выбрала Салли, которая не пыталась давать ей советы. Салли по-настоящему сопереживала Мэри, потому что она испытала в жизни подобную ситуацию. Салли рассказала о своих собственных чувствах, поделившись тем, как сложно ей было иногда принимать решения, которые зачастую приводили к тому, что она чувствовала себя связанной по рукам и ногам. По мере того, как Салли рассказывала о собственных трудностях, Мэри начала раскрываться, рассказав о своем гневе в адрес мужа и о необходимости занять более решительную позицию по отношению к нему. Понимание Мэри самой себя стало более глубоким, когда она смогла почувствовать свою общность с Салли, благодаря тому, что Салли поняла и на самом деле услышала Мэри так, как ее еще никто не слышал.

На начальных стадиях развития группы одной из основных целей ведущего является достижение эмпатического понимания между участниками и помощь пациентам в установлении контактов между собой. Ведущий не всегда должен просить участников группы отвечать друг другу в прямой форме. Этого же эффекта можно достичь, просто наблюдая за невербальными ответами и реакциями участников в ответ на слова других в группе. Понимающий взгляд, прямой контакт глаз, кивок головой или незаметное изменение выражения лица являются намеками на то, что кто-то в группе эмпатически связан с одним из участников. Ведущий должен лишь позволить или поощрить выражение этого сочувствия. Такая позиция помогает развитию сплоченности в группе, и необходимо всегда помнить, что если ее нет, то нельзя привести в действие ни один из лечебных факторов. Сплоченность усиливается по мере того, как члены группы учатся делиться, рассказывать и заботиться друг о друге. Мартин Бубер иллюстрирует важность заботы друг о друге в истории о Баал Шем Тове, первом Цадике мистической традиции Хасидов.

Когда Баал Шем Тов был молодым раввином, он молился, чтобы Бог однажды показал ему разницу между адом и раем. Вскоре после завершения молитвы, однажды ночью ему приснился сон, в котором Бог привел его в большую комнату, где группа голодающих людей сидела вокруг большого круглого стола. Хотя на середине стола стояло непомерно большое блюдо вкуснейшей, питательной горячей похлебки, все, кто сидел за столом, были истощены, явно недоедали и выглядели изнуренными. Стол был такой огромный, что блюдо с едой находилось дальше, чем на расстоянии вытянутой руки от каждого из них. Хотя к каждой руке у них была привязано по длинной деревянной ложке, которой они могли дотянуться до еды в центре стола, длина ложки не позволяла им дотянуться до собственного рта. Несмотря на изобилие пищи в комнате, все они страдали от голода. Молодой раввин был очень опечален этим грустным зрелищем. Голодные люди видели еду, чувствовали ее запах и могли до нее дотянуться своими ложками, но не могли себя накормить и получить питание, в котором они отчаянно нуждались и к которому стремились. Это и есть ад, грустно сказал Бог молодому раввину. Затем Бог отвел его в другую комнату. Здесь, на первый взгляд, картина была такой же. Большой круглый стол, полный еды, и люди, сидящие вокруг круглого стола с гигантскими ложками, привязанными к рукам. Только здесь, вместо печали и голода, каждый человек был хорошо накормлен, здоров, счастлив и сыт. Комната была полна веселья, смеха и счастья. Хотя ложки были слишком длинными, чтобы люди могли накормить самих себя, они могли легко дотянуться и накормить друг друга. Это рай, сказал Бог молодому раввину, и разница состоит в том, что здесь люди кормят друг друга, вместо того, чтобы пытаться в одиночестве накормить самих себя.

Так же обстоит дело и с групповой психотерапией. Участников группы надо подталкивать к тому, чтобы они кормили друг друга. Никто не должен сидеть в изоляции, страдая от эмоционального голода. В распоряжении ведущего есть много способов, чтобы помочь членам группы “накормить” друг друга и взаимодействовать друг с другом. Каждый из предыдущих примеров является одним из возможных активирующих приемов, доступных ведущему. Но важно помнить, что представленные приемы предназначены лишь для того, чтобы осветить основной принцип группового формата Ялома, и не являются самоцелью. Напротив, эти приемы должны использоваться терапевтом по своему усмотрению, в рамках его усилий по созданию живой и целительной культуры группы. Как говорит Ялом,

«Помните, что простое ускорение взаимодействия не является целью этих приемов. Если терапевт будет двигаться слишком быстро, используя уловки для упрощения взаимодействия, эмоционального выражения и самораскрытия, он никогда не достигнет цели. Сопротивление, страх, отчужденность, недоверие, словом, все, что затрудняет развитие удовлетворительных межличностных взаимоотношений, должно иметь возможность проявиться. Цель состоит не в том, чтобы создать гладко функционирующую, упорядоченную общественную организацию, а в том, чтобы эта организация хорошо функционировала и порождала достаточно доверия, способствуя раскрытию микрокосма каждого из участников. Работа с сопротивлением изменению есть ключ к изменениям. Таким образом, терапевт должен стремиться не обходить препятствия, а проходить через них». (Yalom, 1975, стр. 140)

Межличностная теория поведения

После того, как ведущий направил группу в “здесь и сейчас”, он должен направить свою энергию на то, чтобы помочь каждому понять свое поведение и то влияние, которое он оказывает на других. Ялом приводит схему систематического подхода к пониманию процесса личного воздействия в группе, а также того, как межличностный процесс каждого участника отражается на его общей линии поведения и проблемах вне группы. Подробно исследуя этот межличностный процесс, Ялом старается ответить на вопрос: каким образом освещение процесса взаимодействия “здесь и сейчас” приводит к изменениям? Перед тем, как представить модель Ялома, ведущему важно понять теоретическое основание его групповой доктрины.

Хотя Ялом официально не признает своей связи с теорией Салливана, он говорит о важности межличностного обучения в группах. Он часто ссылается на Салливана и предлагает до помещения в группу ознакомить каждого пациента с его межличностной (интерперсональной) теорией психиатрии. Таким образом, понимание ключевых концепций данной теории предоставляет читателю возможность лучшего понимания Ялома и его подхода к групповой психотерапии.

Интерперсональная теория психиатрии Салливана

Очевидно, что полномасштабное объяснение учения Салливана и его межличностной теории психиатрии не входит в рамки этой главы. Для лучшего понимания его теорий заинтересованные читатели могут обратиться к работе Ялома (1975) и рекомендуемым им ссылкам (В русском переводе — Гарри Стэк Салливан, «Интерперсональная теория в психиатрии», КСП+, Ювента, 1999 г. (прим, ред.)). Для того, чтобы понять важность влияния Салливана на Ялома, нужно всего лишь оценить четыре основных постулата теории Салливана. Он заявляет, что:

1. Личность практически полностью является результатом взаимодействия человека с окружающими.
2. Одна из основных человеческих потребностей — это потребность быть близко связанным с другими.
3. В детстве мы ищем одобрения других и избегаем неодобрения.
4. В конечном счете, понятие о себе (селф-динамизм) развивается на основании воспринимаемого нами одобрения или неодобрения других.

Если полностью понимать важность этих четырех основных принципов теории Салливана, то можно оценить и основную цель подхода Ялома к групповой психотерапии. Если мы (к счастью или к несчастью) являемся продуктом нашего взаимодействия с другими, то что может быть лучшим способом понять свои слабые и сильные стороны, чем отправиться к источнику своего поведения — к взаимодействию с другими? Тем не менее, если просто наблюдать за этим взаимодействием, то будет упущен важнейший потенциал для изменения, который существует в психотерапевтической группе. Ялом применяет три других принципа теории Салливана, пытаясь мобилизовать группу для привнесения изменений в жизнь человека. Вот эти три ключевых понятия:

1. Паратаксические искажения. Мы все склонны искаженно воспринимать других людей. Здесь Салливан имеет в виду нашу тенденцию относиться к другим не на основании реальных аспектов личности, а на основании воспринимаемых нами искажений межличностной реальности. Эти искажения определяются и порождаются нашими межличностными потребностями.

2. Самоисполняющееся пророчество. На языке Салливана, наши межличностные искажения обычно имеют тенденцию к самосохранению и ведут к самоисполняющимся пророчествам. Например, человек, который считает себя (имеет соответствующее понятие о себе, или «self-concept») непривлекательным и неадекватным, может, с помощью избирательной невнимательности, некорректно воспринимать других как жестких и отвергающих. Важно то, что человек может постепенно развить в себе такие черты и установки, как оборонительное поведение и подобострастие, что и приведет к тому, что другие будут относиться к нему именно так, как он ожидает.

3. Всеобщее подтверждение (Консенсуальная валидация). Это понятие связано с тем акцентом, который Салливан делает на важности равных, товарищеских взаимоотношений для психологического развития человека. В детстве мы устанавливаем приятельские отношения, которые заставляют нас исследовать и сравнивать свои взгляды с восприятием тех, с кем мы идентифицируемся.

Через это сравнение мы приходим к осознанию того, что наши друзья или приятели смотрят на некоторые вещи не так, как мы или наши родители. Те из наших представлений и восприятий, которые были искажены, становятся недействительными. Как говорит Салливан: “Паратаксические искажения модифицируются в первую очередь путем консенсуальной валидации”. Если Мэри считает, что Джим агрессивен и враждебен, а остальная группа считает, что он добр и внимателен, то Мэри придется разобраться со своим искаженным восприятием Джима. Восприятия, которые не подтверждаются (не валидируются) согласием (консенсусом) других людей, ведут к внутренним психологическим переменам.

Понимание этих трех концепций помогает объяснить цель и предназначение группы по Ялому. Как утверждает Салливан, цель психиатрии состоит в изучении процесса, который происходит между людьми. Симптоматика переводится в межличностное поведение, и ведущий наблюдает и лечит межличностные проблемы одновременно. С этой точки зрения, душевное расстройство не закреплено в личности статически. Напротив, считается, что психопатология коренится в дисфункциональной системе и взаимодействии. И эти дисфункциональные взаимодействия увековечиваются искажениями внутри системы. Каждый человек осуществляет свой сценарий и играет назначенную себе роль, базирующуюся на недействительном, искаженном восприятии себя и других. Этот сценарий постоянно отыгрывается в более широких рамках наших личных взаимоотношений с другими людьми в нашей жизни. Мы становимся невольными актерами в пьесе, сюжета которой мы не понимаем. С этой точки зрения, свободный обмен информацией, относящейся к взаимным впечатлениям, чувствам и наблюдениям в контексте групповой ситуации, становится материалом, на котором возможны осознание, подтверждение и изменение. Цель лечения, таким образом — изменение и модификация межличностных искажений, что должно помочь человеку жить более удовлетворительной жизнью, основанной на реалистических аспектах межличностных взаимоотношений. С точки зрения Салливана, эта цель достигается, когда самосознание человека развивается до такой степени, что другие воспринимают его так же, как он воспринимает сам себя. Или, в терминах Роджерса, существует конгруэнтность между чувствованием себя, поведением и восприятием человека другими. Например, субъект, который считает себя любящим и заботливым, но ведет себя по отношению к другим агрессивно и враждебно (и люди воспринимают его как равнодушного и не оказывающего поддержки), находится в состоянии очевидной неконгруэнтности. Консенсуальная валидация со стороны группы делает очевидным яркий контраст между следующими тремя аспектами жизни человека: 1. Чувствование себя; 2. Поведение; 3. Производимое впечатление и воздействие на других.

Такой фокус позволяет человеку видеть недостаток равновесия и конгруэнтности в своей жизни.

Действуя в этом теоретическом контексте, Ялом советует ведущему следовать комплексному заданию, которое состоит из нескольких стадий.

1. Каждый участник группы должен отдать себе отчет в том, что он делает по отношению к другим людям.
2. Затем он должен оценить воздействие своего поведения на других.
3. Он должен, в свою очередь, понять, каким образом его поведение влияет на мнение других о нем.
4. В конце концов, он должен решить, удовлетворен ли он этим стилем межличностных взаимоотношений.
5. Если он решает измениться, он неизбежно должен использовать для этого свою волю.
6. И наконец, группа и ее ведущий должны помочь участнику закрепить эти изменения и генерализовать их на внешний мир.

Ведущий должен способствовать прохождению каждой из этих стадий, определенных Яломом, посредством специфического когнитивного воздействия. В конце концов, по мнению Ялома, группа должна взять на себя роль ведущего, как единственной персоны, ответственной за наблюдение за процессом поведения индивида в “здесь и сейчас” группового взаимодействия. Это — важная роль, которую группа должна освоить, потому что именно комментарии по процессу позволяют участнику группы измениться. Ведущий может помочь инициировать этот процесс изменений, проведя группу через такую последовательность:

1. Ты ведешь себя вот так. С помощью обратной связи, а затем и самонаблюдения, пациент учится видеть себя так, как его видят другие.
2. Вот как другие чувствуют себя, воспринимая твоё поведение. Участники группы узнают о воздействии их поведения на чувства других участников.
3. Вот как твоё поведение влияет на мнение других о тебе. Участники начинают понимать, что в результате их поведения другие ценят их, относятся к ним отрицательно, находят их неприятными, уважают их, избегают их, и так далее.
4. Вот как твоё поведение влияет на твоё собственное мнение о себе. На основании информации, собранной в процессе выполнения первых трех этапов, пациенты формируют самооценку; они выносят суждения о собственной ценности и способности быть любимыми (вспомните афоризм Салливана о том, что понятие о себе по большей части состоит из отраженных оценок). (Yalom, стр. 154-155).

Каждая из этих основных предпосылок, которые приводит Ялом, может стать мощным стимулятором изменений. Знание и понимание, как говорит Ялом, зачастую бывают недостаточными для того, чтобы произвести изменения.

Следовательно, четыре принципа Ялома касаются того, что в его более поздней работе (1980) является ключевым вопросом в подходе к экзистенциальной психотерапии. Эти четыре предпосылки параллельны четырем окончательным данностям, которые образуют основу его экзистенциальной позиции — Ответственность, Смерть, Изоляция и Бессмысленность. Как говорит Ялом (1975): «Цель терапевта состоит в том, чтобы подвести пациента к точке, где он примет одну, несколько или все из следующих базовых предпосылок:

1. Только я могу изменить мир, который я для себя создал.
2. Изменения не таят в себе опасности.
3. Чтобы достичь того, чего я на самом деле хочу, я должен измениться.
4. Я могу измениться, я способен на это» (стр. 157).

Ответственность — только я могу изменить мир, который я для себя создал

Каждый человек, входящий в группу, находится в равной позиции со всеми другими ее участниками. В определенном смысле, каждый человек — это чистый лист, или, как говорит Ялом, «каждый рождается заново в группе». Каждый участник формирует свою собственную позицию, судьбу и жизненное пространство в группе. «Каждый, в самом глубоком смысле этого слова, «отвечает» за это пространство и за последовательность событий, которые с ним произойдут в группе (стр. 153)» Если ведущий правильно делает свое дело и строит соответствующую культуру группы, каждый участник поймет, что его новое жизненное пространство в группе безопасно и предсказуемо. Поскольку группа — это такое место, которое позволяет изучать и пробовать новое поведение, он постепенно поймет, что продолжает страдать не потому, что не может измениться, а потому, что не хочет. Понимая это, человек вынужден осознать, что он отвечает за то, что с ним происходит. Если он хочет измениться, только он может это сделать.

Смерть — изменения не таят в себе опасности

С экзистенциальной позиции Ялома, психопатология коренится в неспособности человека преодолеть страх смерти. Даже если он понимает, что отвечает за свое положение в мире, он часто оказывается неспособен принимать решения, необходимые для изменений. Изменениям препятствует страх, страх перед неудачей. Это подразумеваемая позиция, которую Ялом определяет так: «Вы ведете себя так, будто считаете, что подвергаетесь огромной опасности, которая настигнет вас, если вы изменитесь. Вы боитесь вести себя по-другому, чтобы на вас не обрушилось страшное бедствие». Задача ведущего состоит в том, чтобы обезвредить эту мину замедленного действия, которая кроется в дискомфортной мысли, что изменения опасны. Мы боимся изменений и ответственности. Мы продолжаем следовать саморазрушительной модели поведения, несмотря на знание о том, что она дисфункциональна, потому что наша тревога жестко удерживает нас на занятой позиции. Эта тема как будто взята из классической работы Эриха Фромма «Бегство от свободы». Очень важно, чтобы участник группы исследовал свои фантазии о бедствиях, ожидающих его в том случае, если он изменится. По мере того, как нереалистические аспекты этих ожиданий будут терять свою важность, пациент сможет постепенно начать двигаться в сторону изменений, и, что важнее, поймет, что в изменениях нет опасности.

Изоляция — чтобы достичь того, чего я на самом деле хочу, я должен измениться

Ведущий должен понимать, какую компенсацию (или вторичную выгоду) человек получает благодаря продолжению поведения, не отвечающему его лучшим интересам. Обычно противоречия между тем, как человек себя ведет, и тем, каким он хочет стать, являются результатом несовместимых желаний, которые не могут быть удовлетворены одновременно. Такой конфликт зачастую является результатом инфантильных потребностей, которые действуют на бессознательном уровне в виде страхов, связанных с кошмаром изоляции и взросления. Ялом пишет:

«Многие терапевты по-другому подходят к объяснению парадокса, состоящего в том, что пациенты продолжают следовать линии поведения, противоречащей их лучшим интересам. Их подход принимает во внимание выгоды их текущего поведения. Хотя поведение пациента противоречит многим его зрелым потребностям и целям, в то же время, оно удовлетворяет другие потребности и цели. Другими словами, у пациента наличествуют противоречивые мотивации, которые не могут быть удовлетворены одновременно. Например, пациент может захотеть установить зрелые гетеросексуальные отношения; но на другом, часто подсознательном уровне, он хочет, чтобы его нянчили, заботились о нем, хочет смягчить страх кастрации идентификацией с матерью, или, другими словами, стремится быть защищенным от ужасающей свободы взрослости. Очевидно, что он не может удовлетворить оба эти желания. Он не способен установить зрелые гетеросексуальные взаимоотношения с женщиной, если он одновременно говорит (и гораздо громче): «Позаботься обо мне, защити меня, нянчи меня, позволь мне быть частью тебя!» Терапевт пытается разрешить этот конфликт для пациента. «Ваше поведение имеет смысл, если мы будем основываться на том, что вы хотите удовлетворить более глубокую, более примитивную, более инфантильную потребность». Он пытается помочь пациенту понять природу его противоречивых желаний, выбрать между ними, освободиться от тех, которые могут быть удовлетворены лишь ценой разрушения его целостности и независимости. Как только пациент поймет, чего он «на самом деле» хочет (как взрослый человек), и что его текущее поведение направлено на то, чтобы удовлетворить противоположные потребности, задерживающие развитие, он постепенно приходит к выводу, что «для того, чтобы добиться того, чего я на самом деле хочу, я должен измениться». (Стр. 159-160, Yalom, 1970).

Взаимоотношения, будь то с группой, с ведущим или с другим важным человеком, имеют тенденцию вызывать появление инфантильных ожиданий и потребностей. Зависимость, желание быть любимым и избалованным, а также инфантильный страх быть покинутым и страх неодобрения возрастают в любых близких межличностных взаимоотношениях. Эти инфантильные потребности и фрустрации, которые оказались для человека проблематичными, становятся характеристиками его личности. Этот уникальный комплекс инфантильных потребностей проявится в группе так же, как и в любых значимых взаимоотношениях. Задача ведущего состоит в том, чтобы побудить участника группы изменить свою потребность вследствие осознания инфантильности желания, которое больше не соответствует его взрослой жизни. Человек должен научиться осознанно переносить напряжение, вызванное тем, что эта потребность не была удовлетворена.

Ханс Струпп (Hans Strupp, 1978) очень точно резюмирует эту позицию следующими словами: «... (пациент) должен принять меры для того, чтобы удовлетворить эти нужды, отказаться от них или изменить их. Терапевт более не позволяет ему (пациенту) использовать взаимоотношения со значимым человеком для того, чтобы выражать свои нужды символическим или замаскированным образом. Терапевт, в конце концов, говорит: если вы хотите, чтобы я вас нянчил, баюкал, защищал, любил вас, то вы должны испытывать в моем присутствии и в мой адрес те чувства, которые связаны с этими ожиданиями. Это очевидно болезненно, но с этим ничего нельзя поделать. Как только вы пройдете через это болезненное испытание, вы поймете, что ваши ожидания были (а) устаревшими, то есть они могли быть разумными в детстве, но стали бесполезны в настоящее время; (б) нереалистичными, то есть, как зрелый независимый человек, я никак не могу нянчиться с вами, и если бы я так вел себя, то вам это было бы неприятно, и вы бы сами отвергли такое отношение, и (с) основанными на грубых искажениях восприятия текущей ситуации, а также событий детства, и мы должны осознать эти искажения. Я не позволю вам отрицать наличие таких ожиданий в отношении меня, и при этом надеяться на их выполнение. Именно это имел в виду Фрейд, когда сказал, что конфликт необходимо вывести на уровень осознания, и бороться с ним на этом уровне» (стр. 15).

И Струпп, и Ялом исследуют конфликт, который все мы переживаем в своих межличностных взаимоотношениях. Важно, чтобы ведущий понял, что удовлетворение этих инфантильных потребностей в конечном итоге непродуктивно для человека. Как только они получают то, что им, по их мнению, нужно (на основании непризнанных, неудовлетворенных, инфантильных желаний), они откажутся от этого, потому что оно не соответствует их самоопределению как функционирующих здоровым образом, зрелых, независимых взрослых людей.

Бессмысленность — я могу измениться, я способен на это

Только когда человек поймет истинный контекст своего поведения, он сможет развить в себе ощущение владения собой и смысла собственной жизни. Понимание смысла нашего поведения помогает нам перестать быть движимыми пугающими, незнакомыми силами, и перейти к позиции контроля и самообладания. Мы становимся наездниками, а не теми, на ком едут. Способность объяснить свое поведение помогает человеку добиться истинно аутентичной экзистенциальной позиции. Таким образом человек развивает систему, с помощью которой он может упорядочить события своей жизни в связную и предсказуемую модель. Для него жизнь обретает смысл. Он такой, какой он есть, из-за определенных событий в жизни, которые способствовали формированию его восприятия мира.

Как сказал Скотт Рутан, «наши пациенты приходят к нам с решениями, а не с проблемами» (Rutan, 1983). Как ведущие групп, мы не должны упускать из виду тот факт, что увиденное нами с позиции терапевта является нормальной, и даже иногда творческой, адаптацией ребенка к ненормальной ситуации. Как показывает теория Салливана, ребенка формирует межличностная среда и взаимоотношения с окружающими. Если возникает конфликт между тенденциями роста ребенка и межличностными требованиями родителей, безопасности будет отдано безусловное предпочтение перед взрослением. Роберт и Мэри Гулдинг (Goulding, (1979)) разделяют это мнение в рамках терапии нового решения. Мы все в раннем возрасте принимаем решения о том, как мы будем выживать в этом мире, на основании информации, которая нам в настоящий момент доступна. К сожалению, дети зачастую вынуждены рано принимать решения на основании ошибочной информации, до того, как они в когнитивном и эмоциональном плане станут способными на это. Они подсознательно придерживаются этих решений даже после того, как изменяются обстоятельства, приведшие к такому положению. Например: «Если я тебе сейчас скажу, что я на самом деле думаю, ты меня отвергнешь. Поэтому, если я хочу выжить рядом с тобой, мама, мне придется вести себя так, как, по моему мнению, ты хочешь, чтобы я себя вел». Если мы поможем человеку понять его позицию в жизни, и то, каким образом он пришел к этой позиции, то он обретет контроль над своей жизнью, а жизнь его обретет новый смысл. Он не будет привязан к прошлому и сможет измениться в будущем. Как заявил один из участников группы: «Я себе не нравился, потому что я думал, что я сам виноват в том, какой я есть. Теперь, когда я понимаю, почему я такой, я чувствую, что я заслуживаю от жизни большего».

Цитата из Ялома о воле суммирует положения такой экзистенциальной позиции в группе: «Понятие воли предоставляет нам удобный конструкт для понимания процедуры освещения процесса. Интерпретирующие замечания терапевта могут быть рассмотрены с точки зрения того, как они влияют на волю пациента. Наиболее общий и упрощенный терапевтический подход заключается в нравоучительной манере. «Твое поведение, как ты сам теперь понимаешь, противоречит твоим лучшим интересам. Ты не удовлетворен, ты не этого хочешь для себя. Изменись, черт возьми!»

Ожидание, что пациент изменится, является просто продолжением морального философского верования, что если человек знает, что такое хорошо (то есть что, в самом глубоком смысле, в его лучших интересах), то он будет себя вести соответственно. Словами Фомы Аквинского: “Человек, если он действует по своей воле, действует ради какого-то воображаемого добра”. И, в самом деле, для некоторых людей это знание и это увещание достаточно для того, чтобы произвести в них терапевтические изменения. Точнее, так обычно бывает с людьми, которые изменяются в результате краткосрочной экспериментальной группы. Однако, пациенты со значительной и глубоко укоренившейся психопатологией обычно нуждаются в гораздо большем».

Примеры фокуса “здесь и сейчас” по Ялому

Несколько клинических примеров помогут проиллюстрировать положения Ялома, касающиеся последовательного комментирования процесса, которое приводит к изменениям в участниках группы.

Экспериментальная («группа личного опыта») обучающая группа, состоящая из восьми мастеров-консультантов стационара для алкоголиков и наркоманов, собиралась раз в неделю и была рассчитана на десять сессий. На первом занятии доминировали три участника. Чак, враждебно настроенный, конфликтный выздоравливающий наркоман, сохраняющий чистоту в течение пяти лет, гневно отзывался о некомпетентности директора программы. Он провел большую часть занятия, распространяясь на тему о том, стоит ли ему возвращаться к учебе, потому что он не надеялся на изменения ситуации. Бетти, истеричная выздоравливающая наркоманка и медсестра, стаж трезвости четыре года, бесконечно говорила о своих страхах, связанных с участием в обучающей группе. Она чувствовала, что другие ее подавляют, и боялась, что они узнают, насколько она на самом деле неуравновешенна. Ширли, психиатрическая медсестра, которая была клиническим директором отделения, провела остаток занятия, подбадривая Бетти и успокаивая Чака. Ее реакция была неизменно одобряющей, и она взяла на себя задачу убедить группу в том, что все как-нибудь образуется. Ширли также посвятила некоторую часть занятия беспокойству об Энн, сотруднице отделения, которая не смогла прийти на первое занятие группы, потому что у нее дома возникло ЧП. Ширли очень старалась убедить всех в том, что Энн обязательно придет на следующей неделе. Энн действительно была в группе к началу второго занятия, но сохраняла молчание и задумчивость во время дидактической лекции. Эта часть обучающей группы была направлена на презентацию теории, и участникам предложили задать вопросы о практической части группы, которая проводилась в другое время. После завершения дидактической презентации группа перешла в другую комнату, где проводилась экспериментальная часть занятия. Посередине сессии Энн неожиданно проснулась от своей дремоты и принялась нападать на ведущего и участников, требуя объяснить, “в чем состоят групповые нормы в этой группе”. Этот взрыв очень удивил группу и перебил Бетти, которая опять была в середине истерического рассказа о своих страхах по поводу ее подавления другими участниками. Остальная часть группы с возмущением отреагировала на происшествие, причем Чак был во главе тех, кто напал на Энн, а Ширли — во главе тех, кто пытался понять и поддержать ее.

К этому моменту у ведущего было достаточно данных, собранных в наблюдениях за Энн, Бетти, Чаком и Ширли. Теперь он должен задать себе ряд важных вопросов, прежде чем он может провести участников группы через последовательность освещения процесса, разработанную Яломом.

1. Участник группы должен понимать, что она или он делает с другими участниками группы

Осознает ли Энн, насколько она отдаляется от других участников группы? Ширли отдает себе отчет в своей тенденции спасать и заботиться о других в группе? Бетти подавляет других, как своим преждевременным самораскрытием, так и своими требованиями не быть отвергнутой участниками. Она осознает, что ее постоянное изливание таких сильных чувств на такой ранней стадии оказывает на остальных именно такой эффект, которого она больше всего боится? Чак, похоже, не думает о том действии, которое его гнев оказывает на других. Понимает ли он, что единственное чувство, которое он способен выразить, это гнев?

2. Они должны осознавать то воздействие, которое их поведение оказывает на других

Энн должна осознать, как она воздействует на других своими неожиданными требованиями и критикой. Понимает ли Чак, что, кроме Бетти, все остальные участники отворачиваются от него и не реагируют на его постоянное выражение гнева? Ширли осознает, что ее готовность всех поддерживать приводит к тому, что некоторые люди только берут у нее и мало что отдают взамен? Бетти должна понять, что ее истерическое поведение ведет к тому, что другие относятся к ней покровительственно.

3. Они должны понимать, какое воздействие их поведение оказывает на мнение о них других участников

Энн должна понять, что ее неожиданный взрыв гнева приведет к тому, что другие будут ее избегать и воспринимать как злобную стерву, которой нельзя доверять. Чак должен осознать, что его постоянная разгневанность приводит к тому, что другие воспринимают его как критичного и неотзывчивого человека. Бетти должна понять, что ее страхи формируют именно такое впечатление, которого она хотела бы избежать. Другие видят, что ее легко подавить, и задумываются о ее стабильности. Ширли не понимает, почему все приходят к ней со своими проблемами, и почему они отказываются оказать ей ту же поддержку, которую она им предоставляет. Она не осознает, что ее тенденция заботиться о других делает ее одномерной в глазах окружающих. Они видят в ней человека, который предпочитает отдавать и не хочет брать.

4. Они должны решить, удовлетворены ли они своим стилем межличностного общения

Энн нравится, что другие ее отталкивают? Чаку удобно жить в маске “гневный человек против всего мира”? Ширли хочет отказаться от своего образа спасателя? Бетти видит преимущества в том, что другие понимают, насколько она нестабильна и как ее легко подавить? Часто ответы на эти вопросы не так очевидны, как кому-то может показаться. Ялом предостерегает ведущего, чтобы он внимательно относился к разнице между первичным запросом, вторичной выгодой и динамическим напряжением между этими двумя понятиями.

Первичный запрос — это причина, по которой человек присоединился к группе или искал помощи. Желание состоит в получении облегчения, будь то свобода от страдания или улучшение взаимоотношений. Тем не менее, как заметил Ялом, поведение человека в группе редко бывает настолько простым, и обычно становится более многогранным по ходу работы группы. Обычно первичный запрос сильно изменяется после того, как человек присоединяется к группе, из-за возникающего в ней вторичного удовлетворения. Ялом описывает эту дилемму таким образом:

«В каждом случае пациент отдает предпочтение не первичному запросу, но какому-нибудь вторичному удовлетворению, которое возникает в группе: отношениям с другим участником, имиджу, который он хочет обрести, роли в группе, играя которую, он становится самым сексуально желанным, наиболее влиятельным, самым мудрым, самым лучшим». (1975, стр. 147).

Ведущий должен постоянно себя спрашивать, не является ли поведенческая презентация участников группы выражением конфликта между основной задачей и вторичным удовлетворением. Может быть, своей истеричностью Бетти хочет завоевать внимание и поддержку группы? Помогает ли ее стиль взаимоотношений избежать нежелательных ответственных задач? Может быть, Чаку нравится изображать гневного человека, потому что этой маской он хочет защитить себя от того, чтобы другие обнаружили его слабости и страхи? Возможно ли, что нападение Энн на группу на самом деле — нападение на ведущего? Или оно является неудачной попыткой показать группе, что она обучена групповой терапии и знакома с понятием групповых норм? Участники часто приходят в группы за тем, чтобы приобрести навыки, необходимые для “заботы о психическом здоровье” других. Может быть, это часть ее вторичной выгоды?

5. Теперь они должны использовать свою волю для того, чтобы измениться

В своей книге “Экзистенциальная психотерапия” Ялом цитирует японскую поговорку: “Знать и не действовать — все равно, что не знать” (стр. 286, 1980). Эта поговорка демонстрирует важность того, чтобы участники действовали на основании понимания, которого они достигли с помощью психотерапии. В понимании Ялома, если участник группы отказывается действовать на основании этого новоприобретенного знания, то оно не будет для него практически полезным. Ведущий должен знать, как использовать группу для того, чтобы способствовать изменениям и действиям. Уникальный взгляд на психиатрию Боба и Мэри Гулдингов (1979) может помочь добиться изменений в личности сопротивляющегося участника. Боб Гулдинг видит психиатрию во многом подобной шахматному матчу между пациентом и ведущим. Одна часть пациента хочет выздороветь, а другая — победить ведущего. Именно этой части терапевт должен противостоять и победить ее, если он намерен спровоцировать изменения. Гулдинг предупреждает ведущего, что надо быть начеку относительно “первого жульничества”, которое противопоставит ему участник группы. “Первое жульничество” обычно имеет вербальную форму, и заключается в ключевых словах “пытаюсь, нужно, но не могу”. С точки зрения Гулдинга, «нужно» — это значит «хочу», а “не могу” значит “не буду”. Он требует от участника группы изменить вербальное представление своих проблем, заменяя “не могу” на “не буду” и “нужно” на “хочу”. Такая замена привлекает внимание к сопротивлению пациентов и минимизирует их беспомощность. Они должны понимать, что не изменяются потому, что не хотят идти на этот риск. Попытка также считается показателем беспомощности и сопротивления. Члены группы Боба Гулдинга вскоре научаются тому, что упоминание слова “пытаюсь” приводит к использованию знаменитого “колокольчика попыток”. Ведущий привязал колокольчик неподалеку от своего кресла. При упоминании слова «попытаюсь» или «постараюсь» он усердно и с удовольствием звонит в свой колокольчик. С помощью этого средства участники группы более четко видят свое нежелание “попытаюсь” и изменить свое поведение.

Пример первого занятия новой группы алкоголиков, находящихся на лечении в стационаре, иллюстрирует это.

В гневе на то, что персонал настаивал на посещении им встреч программы «Анонимные Алкоголики», один из участников группы заговорил о своей неудовлетворенности этой организацией. Несмотря на то, что он несколько раз срывался, и это была его вторая госпитализация в связи с алкоголизмом, этот человек не мог понять, почему он должен посещать собрания АА. Активно и драматически выражая свое отчаяние, он доказывал свою позицию следующими словами: “Я пытался найти собрание АА, которое бы мне понравилось, но я не смог, и я думаю, что мне это не нужно”. Когда ему посоветовали изменить свои слова на “Я не буду искать собрание АА, и я не хочу принимать в нем участие”, он стал отдавать себе отчет в своем пассивном сопротивлении этим требованиям и понял, что его рецидивы были вызваны собственным нежеланием измениться, а вовсе не были результатом плохой работы персонала, больницы, АА или какой-то другой влиятельной силы во Вселенной.

Отношение Гулдинга к словам «пытаюсь», «не могу» и «нужно» иллюстрирует его настойчивое желание того, чтобы люди взяли на себя полную ответственность за себя самих, и не обманывали себя, действуя так, как будто они не обладают властью, в то время как в реальности дело обстоит именно так.

Однако, позиция Гулдинга требует дальнейшего исследования. Работа только с языком и словами, как ему известно, не обязательно приводит к изменениям в области воли или власти. Сильный харизматический терапевт может вызвать у уступчивого пациента адаптивные реакции. Большая часть происходящего в терапии, если терапевт неосторожен, может быть угождением терапевту и поверхностными структурными перестроениями, не затрагивающими глубинных проблем. Гулдинг в достаточной мере осознает это и постоянно подчеркивает, что решения должны приниматься в эго-состоянии «свободного ребенка», а не «послушного ребенка». Ялом (1995) кратко иллюстрирует данный момент в своей самой недавней книге. Обсуждая выделение Фабером (Faber, 1966) двух различных типов воли, Ялом критикует современную психологическую мысль, поскольку она делает преувеличенный акцент на сознательной воле и не может сформулировать краткое рабочее определение воли, что добавляет неясности в вопрос о том, что же она в точности собой представляет.

Первая сфера воли по Фаберу (и именно в этом Ялом видит его важнейший вклад) не переживается сознательно во время действия, и заключение о ней должно быть сделано уже после события. Ялом и Фабер утверждают, что важные выборы не переживаются сознательно как выборы. Большинство из нас неспособно предсказать последствия выборов, которые мы совершаем бессознательно, или то, как эти выборы связывают нас с некоей судьбой, присутствующей в нашей жизни. Однако, существует вторая сфера воли, являющаяся сознательным компонентом и переживаемая во время события. «Я сделаю это, чтобы достичь того. Если я прекращу есть, я похудею, и т.п.». Ялом утверждает, что к двум этим сферам воли в терапии нужно подходить по-разному. Он пишет: «Вторая сфера воли (сознательная) затрагивается проповедями и призывами к силе воли, и действует через усилие и решимость. Первая сфера глуха к этим приказам, ее нужно достигать окольными путями. Серьезная проблема возникает тогда, когда приказные методы второй сферы пытаются применять к области первой. Например, таким образом я могу приобрести знания, но не мудрость; пойти в кровать, но не уснуть; есть, но не стать голодным; обрести скромность, но не смирение». (1980, стр. 299) Ялом обращается также к критическому вопросу, над которым Уильям Джеймс и прагматики бились много лет назад. Джеймс считал, что в мире не существует объективной истины. Истинность, по его мнению, определяется полезностью. Правда — это то, что работает! Джеймс предполагал, что индивиды скорее ведут себя на новый путь мышления, чем додумываются до нового способа поведения. Делай то, во что хочешь верить, и скоро ты поверишь в то, что делаешь. Влияние Джеймса на Анонимных Алкоголиков обильно документировано, и его прагматизм — одна из главных причин успеха программы. Членам АА говорят: сначала измени свое поведение, а мышление за ним последует. Тот же принцип действует и тогда, когда Гулдинг настаивает на изменении в поведении. Конфуций, фактически, провозгласил эту же аксиому две тысячи лет назад: «Я слышу — и забываю, я вижу — и забываю, я делаю — и понимаю».

6. Помогите им закрепить изменения и генерализовать их, распространив на отношения с внешним миром

Ведущий также должен понимать важность той силы подкрепления, которая существует в группе. Когда участник изменяет какой-то аспект своего поведения — не важно, насколько тривиальный и мелкий — группа должна заметить это изменение. Боб и Мэри Гулдинг часто принимались шумно приветствовать и аплодировать вместе с группой, когда один из участников сообщал даже о незначительном изменении в своей жизни. Группа, которая проводит все время в выражении боли, гнева и негодования, пропускает ключевую часть лечебного процесса и не использует своих возможностей, как мощного агента изменений в жизни человека. Смех и ободрение — смазка лечебного процесса. Смех и ободрение, творчески примененные в группе, могут быть мощной силой, помогающей человеку привести в действие обретенное понимание. С помощью освещения процесса участники группы постепенно углубляют понимание своего поведения и влияния, которое их поведение оказывает на других. Они также будут лучше понимать те последствия, от которых они страдают из-за влияния, оказываемого ими на других. Ялом приводит четыре этапа освещения процесса.

1. Твое поведение таково:

- a. Когда кто-то делится своими чувствами здесь, ты
 - i. Приходишь к нему на помощь
 - ii. Смеешься или шутишь
 - iii. Злишься (то есть когда кто-то не согласен с тем, что ты говоришь, твои челюсти напрягаются, ты сжимаешь кулаки, сверкаешь глазами, и твой голос становится громче).

2. Вот как твоё поведение влияет на мои чувства к тебе:

- a. Меня раздражает то, что ты вечно спешишь на помощь.
- b. Мне больно, что ты смеешься над моими чувствами.
- c. Я пугаюсь и не хочу честно делиться своими чувствами или мыслями в твоём присутствии.

3. Вот как твоё поведение влияет на моё мнение о тебе.

- a. Я не думаю, что ты на самом деле искренен, потому что ты заботишься обо всех и каждом.
- b. Я не доверяю тебе и твоему смеху.
- c. Я думаю, что ты, на самом деле, бесчувственный сукин сын, и я не хочу иметь с тобой дела.

4. Вот как твое поведение влияет на твое собственное мнение о себе:

- а. Ты пришел в группу именно потому, что был разочарован и зол на самого себя, потому что у тебя не было никаких друзей и удовлетворяющих долгосрочных отношений. Ты считал себя человеком, которого нельзя полюбить, и не обращал внимания на то, что ты сам отталкивал всех от себя. Хочешь ли ты продолжать придерживаться поведения, которое доставило тебе столько неприятностей, и, самое важное, хочешь ли ты измениться?

Модель групповой психотерапии, разработанная Яломом, шаг за шагом проводит участников группы через каждый из этих этапов. Участник должен отдавать себе отчет в своем поведении и осознать, как оно в конечном итоге приводит к его разочарованию в самом себе и в своей жизни. Модель Ялома можно обобщить в виде последовательности изменений на основании четырнадцати важнейших допущений:

1. На нас влияют и нас формируют наши межличностные взаимоотношения, и наше видение межличностного мира зависит от тех взаимоотношений, которые были у нас в детстве.
2. Групповая психотерапия может предоставить коррективный эмоциональный опыт в отношении искаженных или нарушенных межличностных взаимоотношений, которые возникли на ранних этапах нашей жизни.
3. Групповая психотерапия действует как социальный микрокосм нашего межличностного мира.
4. Групповая психотерапия является средством для изучения межличностных взаимоотношений.
5. С помощью процесса консенсуальной валидации и самонаблюдения участники группы начинают осознавать паратаксические искажения, вмешивающиеся в их межличностные взаимоотношения.
6. С помощью обратных связей от ведущего и других участников группы каждый человек может научиться осознавать влияние своего поведения на чувства и мысли окружающих о нем и понять, как это влияет на его собственное мнение о себе.
7. Учитывая это новое понимание, человек осознает, что он сам отвечает за реальное, а не выдуманное состояние своих межличностных отношений.
8. Учитывая эту ответственность, человек начинает понимать, что он сам может модифицировать или поменять собственное поведение.
9. Очень важно то, что понимание находится в прямой зависимости от интенсивности чувств, испытываемых пациентом. И наоборот: чем более интеллектуализирован процесс, тем меньше научение и меньше корреляция с изменениями.
10. Изменение является прямой функцией мотивации, вовлеченности в работу группы, ригидности межличностной структуры характера и стиля межличностного общения. Следовательно, чем более мотивирован, вовлечен и чем менее ригиден индивид, тем больше у него будет шансов изменить свое поведение.
11. Изменения в группе могут способствовать изменениям в других межличностных взаимоотношениях. Величина изменений зависит от интенсивности самоанализа и количества обратных связей, которые предоставляют пациенту другие участники группы.
12. Иррациональные страхи, связанные с возможными переменами, будут преодолены, и изменения не приведут к возникновению страха перед потерей индивидуальности, смертью, одиночеством и поглощенностью.
13. Через определенный период времени социальный микрокосм группы приведет к тому, что внешнее поведение будет честно представлено в группе, и новоприобретенные поведенческие навыки постепенно будут экспортированы во внешний мир. Поведение в группе и вне группы станет более конгруэнтным.
14. В конце концов, процедура адаптации развивается внутри, вначале в группе, затем распространяясь на внешний мир. Участники группы применяют новоприобретенные навыки вне группы, возвращаются в группу с этим опытом, и постепенно вносят изменения в свое поведение. Степень искажений начинает снижаться. Повышается способность участников к созданию здоровых взаимоотношений. Постепенно снижается уровень тревожности, а самооценка участников повышается до такой степени, что они чувствуют в себе силы быть самими собой. Рост положительных откликов со стороны других участников ведет к повышению самооценки и уверенности в себе. Цикл подлинного самовыражения, риска и повышения самооценки в конце концов приводит к формированию все более автономной и свободной от конфликтов личности.

Интеграция современного аналитического подхода

Модель интеракционной групповой психотерапии Ялома — один из наиболее широко применяемых подходов к групповому лечению (Dies, 1992). Частично причина его популярности в том, что это относительно простой, практичный и прямой подход, который легко постичь и выучить. Его текст хорошо написан и легко понимается. Все основные положения для проведения эффективной группы ясно определены. Его модель также легко адаптировать, и поэтому ее изложению было уделено столько внимания. Однако, ни одна модель не может вмещать в себя все и подходить каждому. Следовательно, другие — альтернативные, но дополняющие эту модель подходы также должны быть нами изучены. Базовая модель Ялома по-прежнему является предпочтительной для ранней и средней стадий выздоровления.

Однако, этой модели недостает полноты, необходимой для лечения химически зависимых индивидов на поздних этапах выздоровления. Чем более очевидным становится то, что для достижения долгосрочного выздоровления должны быть модифицированы характерологические особенности, ассоциированные с химической зависимостью, тем более широкая теоретическая база становится необходимой для того, чтобы затронуть все разнообразные динамики, которые имеют вероятность проявиться в длительной групповой терапии. Поскольку изменение характера занимает больше, чем несколько месяцев лечения, то для дополнения рекомендаций Ялома требуются более экстенсивные и содержательные модели группового лечения. Надлежащее лечение характера часто требует нескольких лет психотерапии. АА и другие двенадцатишаговые программы интуитивно знают это и утверждают, что преодоление дефектов характера требует многих лет работы по программе. Современный подход Луиса Ормонта (Louis Ormont) — одна из моделей, которая подходит к долгосрочному лечению более основательно, оставаясь при этом в согласии с теоретической позицией Ялома.

Неожиданное открытие сходства, существующего между их позициями, было сделано мною во время конференции Американской Ассоциации Групповой Психотерапии (AGPA) в 1992 году в Нью-Йорке, когда двое этих маститых практиков работали в одном экспертном совете старших групповых терапевтов, представляя в нем противоположные теоретические взгляды. После просмотра советом и аудиторией видеозаписи того, как доктор Ялом ведет демонстрационную группу, члены совета представляли критические замечания и предлагали различные рекомендации, основываясь на своих наблюдениях. Они также осуществляли альтернативные вмешательства, отражающие их теоретические позиции. В результате оживленных и порой провокативных дебатов, происходивших между экспертами, присутствующим в аудитории, вскоре стало очевидно, что доктор Ормонт и доктор Ялом во многом схожи, имеют множество одинаковых соображений и мнений о необходимых и важных элементах эффективной групповой психотерапии. В результате такой удивительной взаимности, проявившейся в то время, как эти уважаемые практики отстаивали свои теоретические позиции, у меня возник важный вопрос. Как мог Ирвин Ялом, самопровозглашенный экзистенциалист, испытавший влияние теории Салливана и часто открыто критиковавший классическую психоаналитическую теорию, быть настолько согласным с Луисом Ормонтом, групповым психотерапевтом и самопровозглашенным современным психоаналитиком, основывающимся на психоаналитической теории?

Важно изучить и сопоставить их взгляды на групповую психотерапию, чтобы лучше объяснить и идентифицировать то общее, что в них содержится. Есть надежда, что это предприятие приведет к более полному пониманию совпадающих элементов двух подходов. И потом, возможно, такая попытка синтеза и интеграции теоретических позиций приведет к появлению более законченной и убедительной теории групповой психотерапии вообще и интерперсональной групповой психотерапии в частности. Это важное предприятие, особенно в свете огромной популярности сочинений доктора Ялома, его лекций и теорий, и того огромного влияния, которое он имеет на публику и профессиональное сообщество (Dies, 1992). Несмотря на популярность, его классический текст «Теория и практика групповой психотерапии» часто подвергается критике многих уважаемых групповых теоретиков, которые называют его модель групповой психотерапии атеоретичной, или «набором техник в поисках теории». Его книгу часто хвалят, как дающую самые прагматичные рекомендации и необходимую информацию для новоиспеченных групповых терапевтов, но все же многие считают, что она нуждается в более организованном теоретическом обосновании. Я надеюсь, что твердая теоретическая основа Луиса Ормонта — современная психоаналитическая теория — сможет обеспечить требуемую поддержку для некоторых рекомендаций Ялома. Более детальное изучение сходств и различий может помочь в выработке более прочного теоретического фундамента для интеракционной или интерперсональной групповой психотерапии. Синтез их подходов, возможно, обеспечит более широкий взгляд на теорию Ялома и снабдит пояснениями, усовершенствованиями и альтернативными обоснованиями рекомендуемые им стратегии.

Как это часто бывает, многие компетентные и опытные практики всех форм хорошей психотерапии имеют множество сходств в своих установках и подходах, несмотря на использование очень непохожих слов для объяснения того, что, как и почему они делают (Frank, 1978; Bergin, 1971). Теоретические обоснования также могут быть временами диаметрально противоположными. И все же, то, что могло казаться противоречивым или оппозиционным в их теоретических объяснениях, может в действительности быть вполне совместимым и взаимодополняющим, если наблюдать происходящее в действии или изучать ретроспективно. Ивонн Ага-зарян и Энн Алонсо (Yvonne Agazarian, Anne Alonso, 1993) совершили похожее открытие, когда пытались объяснить, почему их порой расходящиеся взгляды на групповую психотерапию приводят к одинаковым выводам, несмотря на различные интерпретации и объяснения одного и того же феномена.

Есть надежда, что то же самое может случиться и в нашем случае, если критически исследовать и сравнить взгляды Ялома и Ормонта на групповую психотерапию. Такая работа может привести к более глубокому изучению интервенций и стратегий, которые докажут свою полезность во всех формах группового лечения.

Общие черты

Когда видишь, как доктор Ялом и доктор Ормонт подтверждают взгляды друг друга на то, что каждый из них считает существенными и критически важными элементами эффективной групповой психотерапии, то становится очевидной их горячая солидарность в подходе ко множеству вопросов. Главные из них таковы;

1. Важность и значительность того, что происходит в группе здесь и сейчас;
2. Предполагаемый и требуемый уровень активности ведущего, обеспечивающий активное участие всех членов группы;
3. Необходимость образования сплоченной группы или сообщества, в котором эмоциональное общение ценится больше, чем интеллектуальное;
4. Установление терапевтических норм, требующих активного участия всех членов группы в принятии на себя ответственности за группу и за участие всех ее членов; и
5. Меньший акцент, а временами полное пренебрежение интервенциями на уровне группы как целого.

Хотя Ялом более плодovit и широко известен как писатель в рассматриваемой области, Ормонт завоевал среди старших членов AGPA репутацию одного из самых уважаемых практиков — ведущего групп, который оживляет абстрактную теорию реальной практикой и искусством групповой терапии. Хотя Ормонт тоже писал на тему групповой теории и недавно опубликовал прекрасную книгу (1992), он не приобрел такой же известности за пределами AGPA и Нью-Йорка, как Ялом. Однако, несмотря на отличие фона и разную теоретическую ориентацию, они вполне дополняют друг друга с точки зрения стратегий, интервенций и подходов к лечению в группе.

Здесь и сейчас

Наверное, ни один теоретик групповой психотерапии не подчеркивал важность происходящего здесь и сейчас больше, чем Ирвин Ялом. Его имя стало почти синонимом использования фокуса на «здесь и сейчас». Но, хотя временами так может казаться, Ялом все же не «изобрел» это понятие; скорее, его акцент на важности последнего помог твердо установить его несомненное значение. Любой компетентный и хорошо обученный ведущий знает о значении «здесь и сейчас» в группе. Все опытные и эффективные терапевты, какова бы ни была их теоретическая ориентация, постоянно делают ударение на этом и побуждают свои группы оставаться в «здесь и сейчас», потому что знают, что именно здесь и происходит все действие. Возможно, как утверждают некоторые критики, Ялом иногда даже преувеличивает свои доводы и важность «здесь и сейчас». Действительно, также может быть правдой и то, что «здесь и сейчас» не было бы таким очевидно важным для всех нас, если бы Ялом не пихал это понятие нам под нос так часто и не напоминал так настойчиво о его жизненной важности для групповой терапии.

Многие другие теоретики признают значение «здесь и сейчас» для группы. Например, Малколм Пайне (Malcolm Pines) утверждает, что «здесь и сейчас» может приходить к нам во многих разных формах. Креативность терапевта и его способность распознать различные формы, в котором оно может существовать, или способы, которыми туда можно попасть, критически важна для опыта группы и ее членов. Группа должна научиться тому, как реагировать на него и не убегать от него, когда оно появляется. Разнообразные способы, которыми оно может существовать и быть признанным, зависят от теоретической ориентации, навыков, знаний, опыта и смелости ведущего (Pines, 1992). Все эти атрибуты и качества необходимы, если терапевт собирается, способен и желает покинуть комфорт и определенность своей профессиональной роли, жестко закрепленной в рамках его теоретических воззрений, и выйти навстречу группе и ее членам в спонтанность и неопределенность данного момента. «Здесь и сейчас», по словам Пайнса, всегда сотворяется; оно не существует в ожидании того, что мы его откроем. Оно создается между ведущим и участниками в группе, когда ведущий способен использовать собственную креативность и глубину своих собственных чувств, помогая участникам увлечь друг друга на истинном, честном и интимном уровне в реальности, здесь и сейчас.

Ялом описывал «здесь и сейчас» как силовой элемент группы и назвал его «ключевым понятием групповой терапии» (Yalom, 1985, стр. 28). Он считает, что ведущий должен обеспечить фокусирование внимания членов группы на их непосредственных чувствах и мыслях, касающихся других участников, ведущего и самой группы как целого. Непосредственные события, происходящие здесь и сейчас в группе, должны иметь преимущество перед событиями прошлого или текущей жизни каждого участника вне группы. Они становятся главным фокусом для ведущего. Ялом особо подчеркивает это, так как уверен, что это облегчает развитие и полное проявление социального микрокосма каждого участника. И Алонсо (Alonso, 1985), и Рутан (Rutan, 1983) говорят о том же самом; «Участникам не нужно говорить о своих проблемах на группе, они сами там проявляются».

Идиосинкратическая психологическая Ахиллесова пята каждого члена группы проявится для всеобщего обозрения и переживания в «здесь и сейчас» группового процесса. Группа, с этой точки зрения, становится лабораторией межличностного поведения, где участники переживают и отыгрывают свои идиосинкратические конфликты или компульсивные повторения путем взаимодействия со всеми остальными. Все участники будут иметь шанс проникнуть и познать на опыте свой внутренний мир, содержащий интроекции, вытесненные, отрицаемые и диссоциированные элементы самости, а также объектные репрезентации, которые часто проецируются на других. Полное представление внутреннего мира каждого участника будет разыграно в виде компульсивного повторения на том уровне, на котором он может его пережить и, в конце концов, присвоить его и овладеть им. Проявляющееся здесь и сейчас трудно отрицать, потому что группа, под руководством терапевта, не позволит ему пройти незамеченным. Как утверждает Ормонт в своей книге, людям редко предоставляется возможность увидеть отражение — как свое, так и своего поведения. Группа, проводимая в соответствии с рекомендациями Ор-монта и Ялома, даст такую возможность каждому.

Ормонт пишет:

«Это, несомненно, тонкая и неуловимая ценность группового лечения, которую я сам не мог увидеть или оценить в течение многих лет. Она в том, что люди могут моментально прочесть себя, ухватить и назвать мимолетные чувства, которые важны для их души, но в повседневной суете, как правило, проходят, не успев быть пойманными.

Способность группы делать такую работу *in vivo* не имеет себе равных.

Существуют люди — может быть, их даже большинство — которые проживают жизнь только с подпороговыми, неосознанными намеками на то, что они в действительности чувствуют; они ощущают присутствие лишь критических, активирующих эмоций. Если бы только они останавливали себя в главные мгновения, чтобы «заморозить каркас» своей эмоциональной жизни, так сказать, в подходящий момент, то потом они могли бы точно находить эти динамические движущие силы внутри себя — эти чувства, которые мотивируют их и окрашивают все их существование». (1992, стр. 38)

В отличие от Ялома, называющего себя экзистенциалистом, Ормонт занимает менее радикальную позицию по вопросу о «здесь и сейчас» в группе. Как и любой хорошо обученный современный психоаналитик, он считает, что прошлое всегда живо присутствует в настоящем, обычно в виде активации трансферентных искажений и сопротивления в отношении агрессии, интимности и спонтанности. Хотя Ормонт говорил, что он «горячо согласен» с Яломом по поводу важности «здесь и сейчас» в группе, он добавлял, что «здесь и сейчас» важно не само по себе, но потому, что это арена, позволяющая активизировать сопротивления и переносы. В соответствии со своим психоаналитическим наследием, Ормонт считает активацию, идентификацию и последующую проработку сопротивлений и переносов краеугольным камнем психотерапии. Ормонт знает, как и любой хороший аналитик, что внутренний мир индивида оживает во взаимодействиях здесь и сейчас в группе. Прошрое, будучи спроецированным на «здесь и сейчас», всегда вызывается или активируется актуальностью происходящего в текущий момент. Следовательно, межличностные переносы и сопротивления, порождаемые этим процессом, предоставляют терапевту окно как в прошлое индивида, так и в его нынешнюю жизнь. Чем ближе терапевт стоит к консенсуально валидизированным данным, полученным здесь и сейчас, тем более вероятно, что член группы не сможет их опровергнуть. Но возможность для всех в группе видеть прошлое, возрожденное в настоящем, обеспечивает гораздо более важную информацию.

Такая позиция в терапии не является уникальной или новой; все хорошо обученные терапевты разделяют это убеждение. Однако, Ормонт и Ялом придают особый поворот этой теме, потому что оба они подчеркивают исследование сопротивления как феномена, возникающего в межличностном взаимодействии. Напоминая вновь о влиянии Гарри Стэка Салливана, Ормонт пишет: «...интерперсональный аналитик считал сопротивления представляющими не только прошлое пациента, но и его или ее текущее обращение с другими. Салливан указывал, что сопротивления являются продуктом данных личных отношений. Некто может вызвать сопротивление в одном человеке, а в другом — нет. Для Салливана даже вытеснение является межличностным феноменом». (1992, стр. 121)

Ормонт, как большинство современных психоаналитиков и последователей психологии самости, считает патологию результатом саморазрушительных защит или сопротивлений, которые противостоят трансферентным желанием, стыду, вине и страхам эдипального и преэдипального возмездия. Он считает эти защиты необходимыми (хотя и неадаптивными) мерами самосохранения, принятыми вследствие неудовлетворения потребностей развития.

Поэтому Ормонт поощряет ведущего к возбуждению сопротивлений и переносов участников. Он хочет, чтобы они полностью расцвели в группе. Участники будут сопротивляться, это естественно и неизбежно. Их настойчивое использование прошлого и будущего — защитное приспособление, служащее для отпора тревоге и эмоциональной стимуляции непосредственного настоящего. Акцент Ормонта на непосредственности момента отражает его «принцип непосредственности», очень сходный с понятием «здесь и сейчас» у Ялома. Однако, принцип непосредственности Ормонта более широк, потому что, включая в себя неявное требование эмоциональности представления, не ограничивается содержанием происходящего в группе. В отличие от Ялома, Ормонт не пресекает разговоры о «там и тогда». Он признает, что это жизненно важно для членов группы — быть способными рассказывать истории из своей жизни. Однако, если эти истории пересказываются в отстраненной или интеллектуальной манере, эмоционально омертвляющей группу и ее членов, то задача ведущего — привлечь к этому непосредственное внимание индивида и всей группы. Ормонт, как и Ялом, четко осознавал, что все люди обладают способностью омертвлять свой жизненный опыт, разводить и разбавлять драмы, трагедии и возбуждение собственного существования.

Позиция Ялома и Ормонта по этому вопросу очень похожа на взгляды польского романиста Иржи Козински (Jerzy Kozinski, 1977), который был уверен, что самое главное — это чтобы люди полностью осознавали личные драмы своей собственной жизни, и были в контакте с ними, так же как и с личной драмой каждого, кто попадает на пути. Если мы этого не делаем — значит, мы недоизменяем себя и неистинны в своем существовании. Это очень близко к описанию того, что экзистенциалисты (такие, как Хайдеггер, Бубер и Сартр) имели в виду под «экзистенциальной виной». Это наша экзистенциальная вина, если мы не полностью переживаем Бытие в чистейшем онтологическом смысле этого понятия, если мы не соприкасаемся с тем, как мы все разыгрываем свои собственные личные драмы с помощью остального общества, служащего для них фоном.

Мы должны это себе самим, и, кроме того, как ведущие группы, мы должны это ее участникам, чтобы побудить, подтолкнуть и поощрить их взять на себя больше ответственности за то, чтобы жить аутентичной жизнью. Сартр предостерегает нас от жизни в «плохой вере» (“bad faith”). Хайдеггер предупреждает, чтобы мы оставались *das man* и избегали омертвляющей безопасности стадного чувства и единства с толпой. Бубер располагает свою позицию еще на шаг дальше в своей философской антропологии, провозглашая, что мы никогда не сможем жить аутентичной жизнью в изоляции, и что действительно узнать себя возможно только в отношениях с другими.

Чтобы использовать все потенциальные преимущества, позволяющие группе жить аутентично и эмоционально, ведущему нужно дисциплинировать себя так, чтобы думать преимущественно в понятиях «здесь и сейчас». Он должен сделать все возможные попытки и найти способ сдвинуть фокус снаружи — вовнутрь и от общего — к частному, которое и проявляется в группе. Каждая появившаяся тема должна побудить ведущего задать себе вопросы: «Как я могу отнести это к группе? Как я могу оживить это здесь и сейчас?». Такой фокус — источник энергии модели Ялома и принципа непосредственности Ормонта.

Взаимодействие между членами группы

Нет групповых терапевтов, делающих большее ударение на важности взаимодействия между участниками и их реакции друг на друга, чем Ялом и Ормонт. Их стратегии и соображения могут не быть в точности похожими, но оба они требуют этого от группы, которая всегда происходит здесь и сейчас. Фактически, непосредственное взаимодействие двух или больше людей, напрямую реагирующих и отвечающих друг другу, настолько переплетено со «здесь и сейчас», что эти два понятия зачастую невозможно разделить.

Ялом многократно называл отдаваемое и получаемое в межличностных отношениях, а также происходящее в этом процессе научение краеугольными камнями своего подхода к групповой терапии. Он требует высокого уровня вовлеченности от всех членов группы, в которой честность и спонтанность поощряются и санкционированы. Неосуждающее принятие, самораскрытие, взаимная уязвимость и жажда самопознания — важнейшие элементы «терапевтических норм», которые он старается установить в группе. Испытав сильное влияние интерперсональной теории психиатрии, Ялом использует понятия «паратаксическое искажение» и «консенсуальная валидация», чтобы сконструировать модель групповой психотерапии, основанную на принципах межличностных отношений и взаимодействий.

Лесц (Leszcz, 1992), последователь интерперсональной доктрины, испытавший сильное влияние Ялома, говорит о «критической важности межличностных отношений, являющихся окном, через которое терапевт может наилучшим образом получить доступ к внутреннему миру пациентов в группе» (стр. 43). Ормонт, основываясь на понятиях современного анализа, разделяет это мнение. Теория объектных отношений открыла для нас тот факт, что интроецированная самость и объектные репрезентации несут в себе интенсивный аффект, и что эти интернализированные интроекции вносят свой вклад в склонность человека проецировать свой внутренний мир на мир внешний (Ogden, 1982). Властью своей проективной идентификации люди заставляют, побуждают или провоцируют других во внешнем мире соответствовать своим ожиданиям и становиться невольными источниками своих внутренних страданий. Это становится жизненным сценарием, самоисполняющимся пророчеством и бессознательным вкладом в навязчивое повторение, выстраивая межличностные взаимодействия индивида таким образом, что его внешний мир начинает совпадать с его внутренними ожиданиями и переживаниями. Парадоксальным образом, знакомость этих переживаний приводит к некоему извращенному чувству комфорта, которое свидетельствует об удовлетворении потребности в постоянстве и неизменности жизни. Ормонт говорит, что при таком подходе к групповому лечению ведущий, вероятно, не в силах будет обращать внимание на каждый стимул, чтобы не быть затопленным их потоком. Вместо этого, Ормонт рекомендует ему обращать специальное внимание на два феномена:

- Как участники выражают свои новые чувства по отношению друг к другу.
- Как они развивают свои эмоциональные отношения.

Терапевтическая стратегия, которая может быть здесь использована, названа Ормонтом «bridging» («наведение мостов»). Ормонт описывает наведение мостов как «технику, служащую для вызывания осмысленного разговора между членами группы и направленную на то, чтобы развить эмоциональные связи там, где их до этого не было» (1992, стр.15). Правильно примененное наведение мостов оживляет группу, уменьшает отчуждение и повышает эмоциональную близость между участниками. Это требует от ведущего удерживать постоянный фокус на межличностных взаимодействиях в «здесь и сейчас» группы и вмешиваться, если таких взаимодействий не происходит. Такая позиция требует также, чтобы ведущий временами был очень активен. Однако, уровень его активности должен быть напрямую связан с тем, взаимодействуют ли члены группы, открываясь друг другу честно, открыто и эмоционально. Если это происходит, ведущий не мешает им и старается играть настолько незаметную роль, насколько это возможно. Искусство и навык компетентного ведения группы — это знание о том, когда быть незаметным, а когда активным. Это также требует от ведущего внимания к тем моментам, когда эмоциональный обмен и общение теряются или уменьшаются. Терапевт должен уметь использовать собственный эмоциональный отклик как инструмент, типа эмоционального «счетчика Гейгера», отмечающий отсутствие прямой эмоциональной коммуникации и быстро сигнализирующий терапевту о необходимости исследовать то, что не дает членам группы открыто взаимодействовать.

В такие моменты активность ведущего направляется главным образом на то, чтобы как можно быстрее побудить людей к обмену своими непосредственными мыслями и чувствами. Группа как арена, где царят спонтанность и непосредственность, с большей вероятностью обеспечит участникам и ведущему глубокое ощущение аутентичности и актуальности переживаний. Однако, это может случиться, только если каждый из ее членов тотально вовлечен во взаимодействие с другими на эмоциональном уровне. Ормонт твердо уверен, что задействование аффективного уровня — это единственный путь действительного вовлечения и участия в группе. Общение посредством чувств совершенно необходимо, если нужно добиться характерологического изменения. Сила и энергия группы возрастает только через высвобождение эмоций, когда человек находится на «эмоциональной наковальне» группового опыта. Ормонт протестует против тенденции более классически обученных терапевтов делать слишком большой акцент на интерпретации и интеллектуальном понимании. Как и Фромм- Райхман (Fromm-Reichman), он присоединяется к мнению Ролло Мэя о том, что «Пациент нуждается в переживании, а не в объяснении» (May, 1983, стр. 158).

Пример может помочь в прояснении этого момента.

В начале сессии амбулаторной психотерапевтической группы, которая собиралась еженедельно уже больше года, Бетти рассказала, что ухудшение ее физического состояния может потребовать хирургического вмешательства, и что ее работодатель решил сократить ее рабочее место, как только здоровье помешает ей выполнять свои обязанности. Пока остальная группа сидела, потрясенная и шокированная бессердечным решением нанимателя лишить ее работы, Бетти выразила гнев на то, что она назвала предательством, добавив: «Я-то думала, что люди, с которыми я работаю, заботятся обо мне!». После того, как ведущий дал Бетти достаточно времени, чтобы выплеснуть часть своего возмущения на людей, которые о ней не заботятся, он спросил, чувствует ли она, что люди здесь, в этой группе, заботятся о ней прямо сейчас. Бетти быстро ответила «да», но также добавила, что она сомневается в этом в отношении Тома, наименее демонстративного и меньше всего вербально поддерживающего члена группы. Том, слегка задетый ее комментарием, сказал, что, хотя все остальные так ясно озвучивали свое беспокойство и возмущение неподобающим обращением с ней ее нанимателя, его мысли были примерно такими: «Слишком все это многословно, и совершенно неважно». Несколько членов группы, которые и до этого были недовольны очевидной апатией Тома, повернулись к нему, обвиняя его в отчужденности, бессердечии и безразличии. Понаблюдав некоторое время за тем, как группа атакует Тома, ведущий вмешался, чтобы не дать сделать его козлом отпущения, поскольку было ясно, что тот превращается в контейнер для нежелательных и отрицаемых чувств всей группы. Ведущий, оставшись верным теме о не заботящихся людях, спросил группу: «Заботится ли кто-нибудь в группе о том, чтобы Тому была предоставлена свобода не выражать себя, или выражать непопулярные или отличные от других чувства?»

Пит, молчавший до этого момента, немедленно сказал Тому, что заботится о том, чтобы Том мог честно говорить о своих чувствах, даже если они такие непопулярные, как безразличие. После еще одной побуждающей реплики ведущего, попросившего участников присвоить свои проекции на Тома, двое других членов группы присоединились к нему, признавшись, что им тоже было трудно выражать чувство заботы, потому что они пришли сегодня в группу, озабоченные своими собственными конфликтами и стрессами. Свободный и от контейнирования всего плохого, и от регрессивного сговора группы заботиться о Бетти, Том через несколько минут заговорил, протестуя против мнения группы: «Фактически, я очень даже забочусь о Бетти!» Затем он добавил, что его жена и ближайшие друзья всегда обвиняли его в том же самом (что он отдаленный и бесчувственный). Том попытался объяснить свою позицию дальше, говоря группе, что ему всегда было сложно демонстрировать свой интерес или заботиться о других, потому что он считал, что это ничего не изменит, и вообще это совершенно неважно. В этот момент Энди обратился к Тому со словами: «Я слышу то, что ты говоришь, но ты смотришь как на дерьмо, когда кто-нибудь говорит с тобой!» После слов Энди лицо Тома изменилось, и он сказал группе, что только что вспомнил постоянный спор с матерью в детстве о том, заботится ли о нем отец. Том вспомнил, как кричал своей матери: «Отец смотрит на меня, как на дерьмо, когда я говорю с ним!» Его мать всегда защищала отца, говоря Тому: «Твой отец заботится о тебе, даже если он этого не показывает». В этот момент Энди продолжил тему, обратившись к Тому: «Посмотри, что ты делаешь. Ты становишься таким же, как твой отец, и это жутко, это мой самый большой страх — стать таким, как мой отец».

Если членам группы позволить оставаться отчужденными и пользоваться выражениями типа «интересно было бы узнать» или «я думаю», они будут анализировать, комментировать и говорить о том, что они думают, но не будут эмоционально вовлечены. Ормонт стремится создать чувство общности, эту «реторту, в которой происходит обмен чувствами». Он подчеркивает, что эта атмосфера очень отличается от той, в которой приоритет отдается обучению, образованию и интеллектуальному инсайту. Ормонт уверен, что многие индивиды не реагируют на интерпретации, и к ним надо подходить со стороны чувств и действий. Они должны получить опыт, и это событие гораздо более вероятно, если члены группы взаимодействуют друг с другом непосредственно в данный момент. Как писал Ормонт, «Мы всегда хотим взаимодействия участников, чтобы группа была живой и подвижной, но бывают моменты, в которые это просто необходимо, поскольку иначе группа совершенно распадется» (1992, стр. 17).

Сплоченность или общность в группе

Ялом постоянно подчеркивал ценность сплоченности для групповой психотерапии. Он включил ее, как существенный компонент, в число своих двенадцати лечебных факторов, и придал ей специальный статус, указав, что даже если сплоченность сама по себе и не является лечебным фактором, все же она должна быть создана как можно быстрее, потому что без нее ни один из оставшихся одиннадцати факторов не может быть приведен в действие. Были проведены параллели между рабочим альянсом в индивидуальной терапии и сплоченностью в групповой (Flores, 1988, Leszcz, 1992). В большинстве случаев лечение будет очень затруднено, если не уделить достаточного внимания ее поддержанию. Однако, групповую сплоченность, как замечает Scheidlinger (1983), не следует путать со слипанием. Хотя установление терапевтической общности является критически важным, это не значит, что ведущий должен создавать атмосферу группы поддержки, где царит эмоциональное согласие и позволены только позитивные чувства друг к другу. Все, что удерживает членов группы от свободного переживания и выражения таких беспокоящих эмоций, как агрессия, зависть и страх, будет вести к одностороннему и нереалистическому групповому опыту.

Понятие терапевтической общности Ормонта во многом схоже с понятием сплоченности Ялома. Однако, Ормонтовское определение сплоченного сообщества, включенное в это понятие, позволяет обрести более широкий и лучше интегрированный взгляд на сплоченность. Это один из его самых ценных теоретических вкладов, помогающий упрочению межличностного подхода к групповой психотерапии, добавляя последний краеугольный камень к трем главным элементам модели Ялома:

- Здесь и сейчас,
- Взаимодействие между участниками,
- Сплоченность, или установление терапевтической общности.

Ормонт твердо уверен, что если ведущие создадут правильную смесь эмоциональной вовлеченности и взаимодействия всех участников группы, то они овладеют важным источником терапевтической силы и эффективности. Ормонт говорит, что если создана правильная атмосфера, то «эти люди поймут себя лучше вместе, будучи согласной массой, чем они когда-либо смогли бы, имея интерпретации или отдельные инсайты» (1992). Каждый из них как единица будет иметь больший потенциал для вложения и сложения, являясь интегральной частью работающей общности. Если терапевтическая общность создана правильно и действует как динамичное, активное целое, а индивиды полностью вовлечены эмоционально, то члены группы научатся друг от друга большему, чем можно было бы научиться у каждого отдельно. Несоглашательское принятие, честность и соблюдение обязательств будут результатом, если терапевту удастся сохранить вовлеченность каждого участника.

Акцент на непосредственности эмоциональной коммуникации — это то, что отличает современный групповой анализ от более ранних методов классического анализа. Цель подхода Ормонта — сделать игроками всех участников. Если побуждать членов группы говорить о своих чувствах и реакциях друг на друга, то они, как уверен Ормонт, получают гораздо больше пользы, чем если бы они говорили только о себе или своих проблемах. Как пишет Ормонт: «Успешная группа движется вперед как целое. Если аналитик включает всех участников все время, он обнаружит, к своему удовольствию, что в скором времени они сами начнут поддерживать сплоченность группы. Они станут чувствовать любые нарушения своей целостности. Они будут бдительными по отношению к отстающим, к тем, кто не вносит своего вклада, и, таким образом, каждый участник станет частью организма, который представляет собой успешная группа». (1992, стр. 14)

Установление терапевтических норм

Если ведущий способен удерживать членов группы во взаимодействии друг с другом, и если это взаимодействие увлекает всех участников, полностью включенных эмоционально в непосредственно происходящее здесь и сейчас, то члены группы с большей вероятностью осознают преимущества и блага, получаемые ими от своего участия в группе. Ялом считает, что одна из главных задач ведущего — научить группу и ее членов тому, как выглядит и на что похожа хорошая групповая сессия. Учить — не значит говорить им, что делать; это означает дать каждому участнику возможность получить аутентичный эмоциональный опыт в группе, позволяя ему на опыте понять разницу между действительной встречей и абстрактным объяснением. Если это выполнено, то, по мнению Ялома, группа становится способной к самомониторингу. Такая группа автономна и отвечает за себя. Один из главных методов достижения такого состояния для ведущего — быть источником идентификации и подражания для членов группы. Ялом называл ведущего «образцовым участником», подчеркивая различные и подчас уникальные навыки, требуемые для этого. Подобным образом, и определение терапевта современным психоанализом (как «участника-наблюдателя») оказало очевидное влияние на Ормонта, утверждающего, что ведущему иногда нужно быть реальным объектом для членов группы. Присутствие ведущего в группе временами требует от него большего, чем выполнение функций отстраненного, невовлеченного наблюдателя, комментирующего групповой процесс.

Определение Яломом ведущего как образцового участника поднимает некоторые очень важные вопросы, касающиеся его нейтральной позиции и уровня прозрачности. Как считают Диес и Лесц (Dies и Leszcz, 1992), прозрачность не означает, что терапевт должен демонстрировать все свои чувства и реакции. Norm Neibergh (1993) напоминает, что прозрачность может касаться двух уровней, а именно (1) личной истории терапевта или (2) его Я, как реальной личности. Прозрачность первого уровня редко бывает уместной, а второго — иногда требуется, при некоторых условиях.

При использовании прозрачности терапевта всегда следует руководствоваться здравым смыслом. Она должна служить интересам участников, а не быть для ведущего средством удовлетворения собственных личных потребностей или самовозвеличивания. Ведущему нужно развить навык различения реакций и чувств, возникающих у него в связи с группой, и чувств, которые он принес на терапевтическую встречу. Лесц, обсуждая терапевтическое использование прозрачности, пишет: «Это задача терапевта — найти приятные способы говорить неприятные вещи, чтобы помочь группе двинуться дальше занятия тем, чем она сейчас занимается» (1992, стр. 54).

Ормонт много писал о том, как важна способность ведущего использовать собственные чувства, чтобы помогать расшифровывать, идентифицировать и оценивать отрицаемые переживания группы. Как он говорит, «худшие терапевты — это те, кто не в контакте со своими чувствами или в рабстве у них до такой степени, что чувства диктуют им способ представления» (1992, стр. 52). Хотя Ормонт считает, что, будучи терапевтами, мы должны уметь различать объективный и субъективный контрперенос, вызываемый пациентами, но вместе с тем он подчеркивает, что наша чувствительность и собственная человечность — самый точный лечебный инструмент.

Отделенность от своей потенциально богатой эмоциональной жизни не только лишает нас самого ценного инструмента, но также может создать опасную иллюзорность эмоциональной доступности. Как считает Ормонт, если ведущий постоянно эмоционально отстранен и использует только интерпретации, полагаясь на интеллектуальное осознание, то члены группы будут моделировать себя по этому образцу. Ормонт пытается перебросить мост через пропасть между кушеткой и стулом аналитика, подчеркивая то влияние, которое терапевты, будучи отстраненными экспертами, могут оказывать на группу или индивида. Временами терапевтам нужно становиться доступным «реальным объектом», активно пробуждающим потенциал для реальных отношений и личного обмена в «здесь и сейчас». Ормонт предупреждает, что терапевты могут подкреплять отстраненность пациента, становясь еще одним звеном в цепи тех важных и могущественных людей, которые притворяются, что интересуются им, или притворяются эмоционально доступными. Такой сценарий еще более потенциально деструктивен, если пациенты тоже должны притворяться, что интерес терапевта реален. В действительности и пациент, и терапевт знают, на некоем подсознательном уровне, что реакции терапевта определяются в большей степени его представлением о своей роли, чем чувствами, которые пациент в нем пробудил. Лэинг (Laing, 1972) остроумно выразил эту дилемму как «отсутствие присутствия терапевта» или (еще более деструктивный вариант) — «присутствие отсутствия терапевта».

Успешная групповая психотерапия требует, чтобы участники чувствовали себя свободными пробовать новое поведение и идти на риск. Установление правильной групповой атмосферы для этого требует надлежащего сочетания сплоченности, честности, непосредственности, эмоциональной вовлеченности и взаимодействия между членами группы. Один из главных путей выполнения этой задачи — дать участникам возможность наблюдать за аутентичным и эмоционально вовлеченным ведущим.

Группа как целое

Любой компетентный интерперсонально-ориентированный групповой терапевт знает, что динамика группы имеет огромное влияние на чувства и поведение отдельных участников. Невозможно противостоять регрессивному давлению или эмоциональному заражению группового климата. Стадии группового развития диктуют темп группы и вносят свой вклад в действия, сопротивления, защиты и трансферентные искажения каждого из участников. Это невозможно отрицать, и этого нельзя избежать. Хотя Ялом и Ормонт посвятили этим вопросам меньше времени в своих работах, они не ошибались в оценке их важности. Но, вместо акцента и фокуса на данном феномене, они скорее считали, что акцент должен быть сделан на реальных аутентичных отношениях (или на их недостаточности), существующих в группе. В отличие от большинства моделей, ориентированных на группу как целое, их подходы не фокусируются на групповых динамиках, если только сопротивление группы как целого не начинает препятствовать или мешать взаимодействию между участниками.

Как знает любой компетентный ведущий, интервенции на уровне группы полезны, когда группа застревает или запутывается в базисных допущениях Биона (1961). Однако, как убедительно показывает Браун (D.G. Brown, 1985), базисные допущения могут быть ятрогенными, или поддерживаться присутствием недоступного или пассивного ведущего, который мешает или не содействует искреннему человеческому эмоциональному контакту. Любое окружение, которое является воссозданием или патологическим подобием дисфункциональной семьи, вероятнее всего, породит групповое сопротивление в виде зависимости, спаривания или борьбы-бегства. Любое собрание трех или более людей, не позволяющих себе подлинного интимного контакта, скорее всего, столкнется с реакциями базисных допущений. Каждый раз, когда трудные чувства в отношениях отрицаются или не выражаются, группа и ее члены регрессируют до более примитивной стадии эмоционального функционирования.

Ормонт и Ялом отстаивают более активную вовлеченность ведущего в моменты, когда он замечает развитие в группе потенциала для базисных допущений. Как пишет Ормонт, «Вместо того, чтобы быть пассивным и ждать, пока участники увидят, что они делают (как часто поступают классические аналитики в индивидуальном анализе), мы не ждем, пока сопротивление возникнет, мы выносим его на первый план, используя помощь участников» (1990, стр. 7).

Интервенции на уровне группы как целого не игнорируются полностью, особенно когда группа сговаривается, чтобы избежать эмоционально заряженной темы. Скорее, интервенция применяется таким способом, который все-таки удерживает фокус на межличностном обмене участников. Например:

В начале сессии продолжительной терапевтической группы, собиравшейся еженедельно в течение нескольких лет, Фред, относительно новый участник, начал говорить о своих смешанных чувствах по отношению к группе и к некоторым из ее членов. К кому-то он чувствовал близость, а другие вызывали у него чувства враждебности и страха. Продолжая адресовать свои очень смелые и честные реакции другим членам группы, он признался, что установление и поддержание близких, интимных отношений с людьми было крайне трудным и пугающим для него. Другие члены группы присоединились к нему, признавшись, что они тоже имеют смешанные чувства к некоторым людям в группе, что напоминает им их личные конфликты за пределами группы. Вдруг, посреди этого важного разговора, Стив, один из самых шумных и агрессивных участников, начал говорить о таких же трудностях со своей бывшей подругой и «оторвался» в пятиминутный монолог о неизбежных трудностях, которые существуют в любых отношениях. Ведущая, пользуясь собой как эмоциональным барометром, заметила, что становится более отстраненной и безжизненной по мере того, как Стив продолжает этот разговор с самим собой, и что группа начала отступать назад, в более комфортную болтовню об отношениях вообще, вместо продолжения обмена чувствами по отношению друг к другу. Улучив момент, когда Стив ненадолго умолк, чтобы обозначить конец предложения, ведущая посмотрела на троих наиболее отстраненных участников и сказала: «Я надеюсь, что вы трое и остальная группа понимаете, что Стив сейчас делает для группы». Через несколько секунд, нужных группе на то, чтобы понять, о чем она говорит, ведущая продолжила: «Он помогает всем убежать от неопределенности эмоционального обмена, происходящего в группе, и сбежать в безопасные события, существующие за пределами непосредственных отношений в группе прямо сейчас». После этого группа снова начала разбираться с тревогой, содержащейся в их собственных отношениях друг с другом.

Заключение

Ялом и Ормонт во многом отличаются друг от друга, что не нашло своего отражения в данной главе. Моей целью было исследовать и подчеркнуть их сходства, в надежде, что идентифицированные сходные элементы обеих теорий могут обеспечить более завершенное и неоспоримое обоснование для интерперсональной групповой психотерапии. Ялому было по справедливости отдано должное за создание систематического подхода к групповой терапии, который подчеркивает взаимодействие между членами группы. Ормонт внес в данный подход массу инноваций и творческих перспектив, хотя он никогда не считал себя последователем Салливана или интерперсональным теоретиком, а твердо стоит на почве современной психоаналитической теории. Положение, когда две различные теоретические перспективы имеют сходные взгляды на некоторый предмет, является обогащающим и волнующим. Определение Ормонтом «принципа непосредственности», «наведения мостов» и «установления терапевтической общности» дополняют Яломовские понятия «здесь и сейчас», «взаимодействие» и «сплоченность». Они оба считают, что ведущий должен принимать на себя активную роль в создании эмоционального климата участия, и в гораздо большей мере активировать экспериентальный компонент, чем когнитивный. Оба также красноречиво и временами страстно пишут о важности сотворения аутентичного опыта членами группы.

Критика Ялома

Прежде, чем закончить главу, посвященную интеракционной модели групповой психотерапии Ялома, важно напомнить, что существует множество других прекрасных подходов, отличающихся от этой модели. Современный аналитический подход Ормонта прекрасно дополняет модель Ялома, не изменяя радикально его базисные предпосылки и рекомендации. Позже в данной книге будут представлены альтернативные точки зрения, уделяющие особое внимание требованиям поздней стадии для успешного лечения аддиктов и алкоголиков. Теория объектных отношений и психология самости в особенности изобилуют полезными рекомендациями по работе с характерологическими особенностями, которые почти всегда сопутствуют аддикции.

В заключение этой главы важно еще раз подчеркнуть, что модель Ялома необходимо изучить и понять. Это в особенности актуально для новичка или начинающего группового психотерапевта. Когда я думаю о модели Ялома и творческом подходе в групповой психотерапии, я вспоминаю великих мастеров: Эрв Полстер, Боб Гулдинг, Луис Ормонт, Фриц Перлз, Энн Алонсо, Скотт Рутан и Ивонн Агазарян. Каждый из них известен тем, что перешел общепринятые границы и нормы, создав и разработав революционные формы групповой психотерапии. Тем не менее, прежде, чем стать мастерами в своей собственной манере, каждый из них изучал основы науки.

Это правило, несомненно, применимо ко всем творческим формам искусства. Например, Пикассо знаменит своими абстрактными работами и кубизмом. Способность творчески нарушать фундаментальные правила сделали его бессмертным. Но, пройдясь по музею Пикассо в Испании, мы обнаружим, что его ранние эскизы и картины были вполне реалистическими. Его более ранние работы демонстрируют, что Пикассо был настоящим мастером и в традиционном искусстве, акцентирующем детали, форму, композицию, контрасты и выразительность. Его работа демонстрирует аксиому, применимую к любому новаторству и творчеству. Ты должен знать правила, прежде чем узнаешь, как их нарушать.

То же самое относится и к групповым ведущим. Прежде, чем они сумеют нарушить правила группы, они должны сперва узнать, в чем эти правила состоят. Поэтому для ведущего настолько важно тщательно изучить одну модель или подход к групповой терапии. Как только такая модель четко усвоена, ведущий может свободно нарушать правила, используя собственную креативность. Модель Ялома, более, чем какая-либо другая, предоставляет ведущему свободу. Она обучает здоровым практическим принципам групповой психотерапии, особенно подходящим для ранних стадий групповой работы с выздоравливающими аддиктами или алкоголиками.

Глава 5. Модификации интеракционной модели Ялома

В результате исследования, проведенного в связи с огромным наплывом алкоголиков и аддиктов, начавших лечиться в 1970-х, было обнаружено, что стратегии лечения, работающие с неаддиктивными пациентами, не обязательно работают с аддик-тами. Первой среди таких стратегических неадекватностей было усиленное использование врачами наркотиков и медикаментов для лечения психических или поведенческих расстройств. В то время как современная психиатрия двигалась все дальше в сторону определения психических болезней как биохимических нарушений, требующих фармакологического вмешательства, лечение аддикций возглавило движение в противоположном направлении. Наркотики и медикаменты — это не решение, они сами и есть проблема! Поскольку современная медицина и фармакология не имели ответа на аддикцию, аддиктивные индивиды вынуждены были обращаться за помощью и решением своих проблем в другие места. Эта неудача привела к революции движений самопомощи и Анонимных Алкоголиков в 1940-х. Психологическое и медицинское сообщества до сих пор не полностью оправались от этой революции, и пытаются понять, какую роль, если она вообще есть, они должны играть в лечении аддикций.

Потребности лечения аддикций требовали, чтобы стереотипная медицинская модель и все присущие ей нелепости были отброшены или, по меньшей мере, переоценены таким образом, чтобы стать применимыми к аддиктам и алкоголикам. Не только лекарства или наркотики не были ответом, но и индивидуальная психотерапия в том виде, в котором она практиковалась по обычаям того времени, была признана в лучшем случае неадекватной, а в худшем — деструктивной. То, что групповая терапия должна объединить усилия с лечением аддикций, было неизбежно по нескольким причинам. Первая из них — это параллельная эволюция: аддикция становилась узнаваемым и идентифицируемым расстройством, со своим собственным набором симптомов и динамик, и групповая терапия узаконивалась как независимый метод лечения, со своей собственной теорией и обоснованиями своего применения. В то время, как аддикция требовала альтернативных методов лечения, групповая психотерапия начинала завоевывать признание как жизнеспособная альтернатива для лечения психических и поведенческих расстройств.

Хотя групповая психотерапия постепенно стала признанным методом выбора в лечении аддикций, модель, на которой она изначально основывалась, была в основном разработана по результатам практики амбулаторной психотерапии неаддиктивных пациентов. В конце концов, было обнаружено, что теоретические и практические соображения, на которых основывается амбулаторная групповая психотерапия неаддиктивной популяции, не всегда применима к химически зависимой. Вследствие этого, в существующие принципы групповой психотерапии были постепенно внесены изменения, для того, чтобы они могли соответствовать реальностям лечения аддиктивных пациентов.

Было ясно, что если групповая терапия — эффективный инструмент для лечения аддикций, то она должна быть связана — настолько ясно, насколько это возможно — с исчерпывающей теорией аддикции и практическими концепциями ее лечения или прекращения. На этом этапе некоторые из научных открытий и клинических рекомендаций специалистов, работающих с аддиктами постоянно, начали формировать направления лечения и групповой психотерапии.

В начале 1970-х аддикции находились в фокусе исследований результатов лечения. В широком обзоре 384 работ по лечению алкоголизма Эмрик (Emrick, 1974) указывал, что, хотя некоторые виды лечения превосходят по результативности отсутствие всякого лечения, но различия профессионально применяемых клинических методов не оказывают заметного действия на результат в долгосрочной перспективе. Его открытия были подтверждены Stinson et al. (1979), которые обнаружили, что «товарищеское лечение» («peer-oriented care») — Анонимные Алкоголики или ориентированные на абстиненцию двенадцатишаговые лечебные подходы — были более успешны в достижении выздоровления, чем профессионально-ориентированные методы. Эти результаты совпадали с данными Струппа и Хэдли (Strupp и Hadley, 1979), называющими, что неспецифические факторы в психотерапии (т.е. характеристики терапевта) могут быть более важны, чем специфические (т.е. техники) в достижении успеха в лечении.

В связи с этим возник вопрос: какую роль, если она есть, играют профессионально-ориентированные системы в лечении алкоголизма, если принимать во внимание факт, что ориентированные на равных программы типа АА обеспечивают более простую, более успешную и более дешевую его форму? (Stinson et al., 1979).

Учитывая результаты исследований, стало очевидно, что будет полезным более пристально изучить возможность симбиотических отношений между профессиональными и товарищескими системами лечения аддикций. Уоллес (Wallace, 1978b), Браун и Ялом (Brown и Yalom, 1977) и Каммингс (Cummings, 1979) в один голос утверждали, что тесные рабочие отношения увеличат успешность лечения. К тому же, существует большое количество алкоголиков, которым не помогла товарищеская система АА (Emrick, Lassen и Edwards, 1977). В этом свете специалисты по лечению аддикций начали видеть возможность того, что каждому подходу есть, что предложить, и они могут дополнять друг друга в той мере, в какой их интересует успешный результат лечения.

Смарт, Шмидт и Мосс (Smart, Schmidt и Moss, 1969) признавали, что групповая терапия уже стала «догмой» в лечении алкоголизма, хотя еще наблюдался некоторый дефицит достаточно обоснованных клинических исследований эффективности этого метода.

Они обнаружили, что, по крайней мере в Соединенных Штатах, групповая терапия по большей части используется среди пациентов верхнего среднего класса и (гораздо реже) среди представителей нижнего среднего класса. Вследствие этого, принятые тогда принципы групповой терапии нуждались в изменениях, чтобы соответствовать реалиям и нуждам лечения аддиктивных пациентов.

Зачастую терапевты, у которых имеется опыт только индивидуальной терапии, или опыт работы лишь с обычными пациентами, бывали вынуждены взять на себя обязанности ведущего психотерапевтической группы для аддиктов. Поскольку групповая психотерапия сложна и требует наличия ряда определенных особых навыков, многие группы, проводимые необученными или плохо обученными специалистами, не выполняли своей функции или даже оказывали негативное воздействие на темпы выздоровления пациентов. Очевидно, что существует необходимость в обучении потенциальных групповых психотерапевтов, которые ведут или будут вести группы, состоящие из химически зависимых лиц.

Соображения о лечении и групповой психотерапии

В последние пять лет было проведено большое количество исследований и накоплен богатый клинический опыт, определивший специфические способы адаптации групповой психотерапии к характерным особенностям аддиктивных пациентов. Также увеличивалось согласие среди тех, кто регулярно работал с аддиктами в формате групповой терапии. Khantzian, Halliday, McAuliffe (1990), Vannicelli (1988a), S. Brown (1985), Matano и Yalom (1991), а также автор этой книги (Flores, 1988) представили массу соображений о тех способах адаптации и модификации, с помощью которых испытанные стратегии групповой терапии могут быть приведены в соответствие со спецификой этих пациентов. Все специалисты согласны, что абстиненция — основной, если не самый главный элемент в выздоровлении злоупотребляющего химическими веществами. Все также поддерживают идею участия в двенадцатишаговых программах параллельно с прохождением групповой терапии. Все эти авторы исходят из перспективы, основанной на теоретической модели интеракционной групповой терапии Ирвина Ялома (1975). В дополнение к теории Ялома, большинство из них также адаптировали многие принципы психодинамической групповой терапии, с некоторыми изменениями в технике, основанными на специальных соображениях о склонности химически зависимых лиц возвращаться к приему веществ, если их тревогу, стыд, гнев и чувство вины не удастся сохранять на переносимом уровне. Это особенно верно на начальной фазе лечения. Понятие оптимальной фрустрации — необходимый компонент группового опыта, и, в связи со своей важностью, оно будет рассмотрено более детально в Главе 6.

Хотя существует множество уникальных особенностей аддикций, о которых ведущий группы, состоящей из химически зависимых лиц, должен быть осведомлен, также важно, чтобы он знал об обычных целительных силах, доступных любой хорошо проведенной терапии. Некоторые из перечисленных ниже позиций особенно важны в лечении аддикции:

- Позитивная товарищеская поддержка и побуждение к воздержанию от алкоголя и наркотиков.
- Взаимная идентификация и возможность осознать свое не одиночество и не уникальность в страдании от навязчивой одержимости веществами.
- Возможность лучше понять собственные установки и отрицание аддикции через конфронтирование сходных установок и защит у других алкоголиков и аддиктов.
- Экспериментальное научение и обмен фактической информацией, убеждающей в том, что абстиненция является несомненным приоритетом. Это облегчает принятие пациентом самоидентификации в качестве алкоголика или аддикта.
- Идентификация, сплоченность, надежда и поддержка, обеспечиваемые в обстановке, которая структурирует и дисциплинирует с помощью ясно определенных ограничений и соответствующих последствий. Это помогает аддиктам научиться различать то, за что они несут ответственность, и то, за что не несут.
- Химически зависимые лица получают возможность осознать, как их межличностный характерологический стиль мешает их способности устанавливать удовлетворяющие, здоровые и интимные отношения с другими.

Последнее является особенно важным, потому что очень редко можно встретить злоупотребляющего веществами человека, который не имел бы либо расстройства характера, либо иной характерологической патологии, которая служит причиной его постоянных трудностей в межличностных отношениях. Трудности формирования и поддержания здоровых межличностных отношений особенно важны для выздоровления, потому что неспособность их устанавливать — главный фактор, приводящий к срывам и возвращению к употреблению веществ. Как пишут Ханзьян, Халлидей и МакОлифф (Khantzian, Halliday и McAuliffe, 1990), «Хотя изначально человека на лечение приводит прием наркотиков, но именно лечение характера ведет не только к отказу от наркотиков, но также и к глубокому изменению в переживании себя и мира... В конечном счете, мы считаем лечение расстройств характера дорогой к выздоровлению от аддикции» (стр. 3).

Продолжительный опыт лечения аддиктов убеждает, что их неспособность формировать взаимно удовлетворяющие и эмоционально близкие отношения с другими увековечивает их внутреннюю уязвимость, которая постоянно ведет их к поиску внешних источников стимуляции или удовлетворения (т.е., алкоголя, наркотиков, секса, еды, игры, порнографии, работы, и т.д.). Вследствие этого, они склонны заменять одну аддикцию другой. Из-за их патологий характера отношения, которые они формируют, по всей вероятности, будут такими же деструктивными, одержимыми и аддиктивными, как и субстанции, которые они употребляют.

Как часто говорят в АА, «У алкоголиков не бывает отношений, они берут заложников». Поскольку большинство злоупотребляющих веществами испытывают огромные трудности в регулировании своих эмоций и импульсов, они требуют очень большого количества поддержки, удовлетворения и структурирования на ранних стадиях лечения, пока у них не хватает силы эго для проработки дефектов характера и защитных структур. Управляя интенсивностью их эмоций (для предотвращения срыва), заставить их увидеть свой самодеструктивный межличностный стиль — это деликатная задача, которую ведущий группы должен выполнить, чтобы аддикты достигли внутренних изменений, необходимых как для абстиненции, так и для здорового функционирования.

Из-за множества смущающих и конфликтующих воздействий, которыми ведущий должен управлять, ведя группу химически зависимых лиц, важно, чтобы он хорошо разбирался в языке и философии АА и других двенадцатишаговых программ. Матано и Ялом (1991) настоятельно рекомендовали терапевтам хорошо освоить язык, шаги и традиции АА. Для этого есть несколько причин, одна из которых — в склонности аддиктов и алкоголиков использовать АА в качестве сопротивления терапии, преднамеренно или из-за неправильного восприятия программы. Как утверждают Матано и Ялом, «Важно, чтобы терапевт не позволял использовать неправильное понимание АА как сопротивление терапии, и чтобы он мог задействовать мудрость АА для достижения своих целей» (стр. 269).

Многие прекрасные терапевты были обижены искаженным взглядом АА на них, как на «невежественных профессионалов», которые не смогли помочь АА и его членам в прошлом. Матано и Ялом указывают на некоторые способы восстановления доверия, интегрируя философию АА в интеракционный формат. Существуют и другие прекрасные изложения и толкования АА, которые позволяют ведущему получить лучшее понимание их принципов с более научной, аналитической и психологической точек зрения (см.

Flores, 1988a; Kurtz, 1982; Thune, 1977). Ведущему, который хочет работать с данной популяцией постоянно, надлежит обязательно изучить то, что АА предлагает профессионалам, для лучшего понимания и лечения химически зависимых индивидов.

Лечение на ранней и поздней стадиях

Для эффективной организации лечения и наблюдения аддиктивных пациентов в группе важно разделить этот процесс на две различные стадии. Джон Уоллес (John Wallace, 1978b) описывал лечение алкоголика как «процесс, зависимый от времени». В сущности, это означает, что терапевтические интервенции для недавно начавшего выздоравливать наркомана или алкоголика сильно отличаются от тех, которые подойдут достигшим нескольких месяцев или лет абстиненции и трезвости. Способы терапевтического обращения с химически зависимым лицом в группе определяются рядом факторов. Сила эго пациента, патология характера, мотивация, отрицание и продолжительность абстиненции — важнейшие элементы, которые должны быть внимательно взвешены. Однако, длительность промежутка времени, прошедшего с последнего употребления вещества — наиважнейший из них по ряду причин. Прежде всего, это объясняется результатами физиологических, нейропсихологических и других нейрофизиологических исследований, открывших, что большинство злоупотребляющих веществами в течение первых нескольких месяцев абстиненции когнитивно и психологически неполноценны, и неспособны реагировать на что-либо, кроме рудиментарных компонентов психотерапии (Flores, 1988b). Другой чрезвычайно важный вопрос — это изначальный отказ злоупотребляющих веществами считать аддикцию главной причиной своих поведенческих и эмоциональных трудностей. Их деструктивный защитный процесс осложняется склонностью возвращаться к приему веществ при слишком быстром возрастании тревоги или депрессии до невыносимого уровня. Самая трудная задача на ранних стадиях терапии — это противодействие отрицанию в сочетании с поощрением самораскрытия и самоосознания, с одновременным сохранением тревоги на переносимом уровне. Однако, постепенный переход от поддержки, ободрения и мягкой конфронтации на позицию, которая в конце концов вынудит их холодно и твердо взглянуть на патологию своего характера и болезненное эмоциональное прошлое, является совершенно необходимым, чтобы произошли действительные характерологические и эмоциональные изменения. Следовательно, ведущему нужно знать, как уравнивать воздействия и управлять этим переходом, применяя различные лечебные стратегии, соответствующие ранней и поздней стадиям выздоровления пациента.

Следующая иллюстрация может помочь объяснить те заметные изменения, которые вскоре происходят, если алкоголик точно продиагностирован и получает соответствующее лечение.

Элис, 35-летняя белая женщина, более пяти лет амбулаторно лечится в местном центре психического здоровья. Она «замучила» шесть разных терапевтов своими буйными выходками и требовательным провокационным поведением. У нее диагностировали пограничное личностное расстройство, и никто из амбулаторных сотрудников не хотел брать ее на себя, поэтому ей рекомендовали участие в амбулаторной группе, в которой я был ко-терапевтом. По мере того, как Элис продолжала посещать еженедельные занятия своей группы, стало очевидно, что ее эксплозивные выступления в группе и трудности вне группы обычно следовали за серьезными и длительными запоями. Через шесть месяцев после начала занятий я обратил ее внимание на эти патерны в ее поведении. Обычно пациентка была невосприимчива к моим замечаниям, но постепенно она стала реагировать более благосклонно, после того, как другие участники группы поделились сходными наблюдениями. Не имея возможности отрицать общее мнение группы, Элис согласилась с решением, что она должна бросить пить и обратиться за помощью в лечении алкоголизма.

После завершения тридцатидневной амбулаторной терапевтической программы она вернулась в группу и продолжила посещать встречи в рамках программы «Анонимные Алкоголики». Ее поведение на сеансах нашей группы драматически изменилось. Она научилась терпеть возражения со стороны других членов группы и в первый раз проявила восприимчивость к реакциям и замечаниям других пациентов. Ранее она реагировала на несогласие яростными нападками на окружающих, а теперь научилась рассматривать альтернативные точки зрения. Изменения в ее поведении были настолько очевидны, что те врачи, у которых она была ранее на приеме, начали высказывать положительное мнение о возможной эффективности моих методов и самой группы. Они не осознавали, что ее абстиненция и участие в программе АА в первый раз дали ей возможность выносить психологическое вмешательство. Хотя в то время я был только аспирантом, мне понравилась известность, которую мне принес этот успех, и я не стал разубеждать врачей, которые приписали улучшение в состоянии пациентки моим терапевтическим навыкам. В действительности, все дело было в правильно поставленном диагнозе, который позволил ей обратиться за помощью в связи со своим первичным заболеванием (алкоголизмом). Вместо того, чтобы повторить часто встречающуюся ошибку и тщетно пытаться справиться со вспышками аффекта, вызванными ее зависимостью, я потребовал, чтобы пациентка бросила пить, и воспользовался помощью группы, чтобы подкрепить это требование.

Рекомендации для групповой психотерапии

Любое применение групповой психотерапии как лечебной меры должно опираться как на теорию группового лечения, так и на теорию аддикции. Для лечения алкоголиков и наркоманов наиболее приемлемой является модель групповой психотерапии, основанная на разработанном Яломом (1975, 1985, 1995) интеракционном подходе. На поздних стадиях лечения будет необходимо модифицировать некоторые техники, чтобы включить в данный подход взгляды современных аналитиков и селф-психологов. Применимые техники должны, по мере возможности, соответствовать общим правилам, приведенным в исследовании Брауна и Ялома (1977), дополненном позже Матано и Яломом (1991). Рекомендации для поздней стадии Ханзяна, Халлидея и МакОлиффа (1990), Флореса и Махон (1993) могут быть использованы после достижения стойкой абстиненции. Более подробное описание этих рекомендаций будет приведено в Главе 11.

Сейчас будут описаны отдельные стратегии и рекомендуемый протокол. Лечение будет рассматриваться как процесс, зависимый от времени, в соответствии с работами Уоллеса (1978b), расширенными Браун (S.Brown, 1985) с ее определением выздоровления, как «процесса или модели развития». Дальнейшее описание будет посвящено тактикам, выделенным Каммингсом (Cummings, 1979) в его работе по терапии исключения (exclusion), и другими клиницистами (Матано и Ялом) и исследователями (С. Браун, 1985), которые настоятельно рекомендуют сделать абстиненцию основной целью терапии. Модель интеракционной группы следует отличать от группы, основанной и проводимой в соответствии с основными положениями программы «Анонимные Алкоголики», описанными Emrick, Lassen и Edwards (1977) и Alibrandi (1978).

Протокол

Ниже приводится краткое описание протокола стратегии лечения в рамках групповой психотерапии.

Начальные стадии терапии должны следовать описанию «терапии исключения», приводимому в работе Каммингса (Cummings (1979)). Этот подход, прежде всего, требует рассмотрения вопроса употребления наркотиков, и подразумевает, что пациент будет исключен из группы, если он или она не согласится с тем, что целью лечения является абстиненция. Таким образом, на ранних стадиях лечения центром внимания является алкогольная (или иная) аддикция.

Во время первых двух месяцев работы большая часть времени, отведенного на занятия группы, будет уделяться обучению концепции болезни в применении к алкоголизму, и созданию того, что Ялом называет «сплоченностью группы» (1985). В этот период группа станет источником поддержки и структуры, в соответствии с рекомендациями Уоллеса (1978b). Постепенно необходимо предпринимать шаги для того, чтобы группа перешла от модели поддержки к интеракционной модели, описанной Яломом (1974). В этот период активный и директивный ведущий, необходимый на ранних стадиях, должен предоставить участникам возможность стать более активными и взять на себя больше ответственности за работу группы (Wallace, 1979).

В большинстве случаев, все первые шесть месяцев лечения будут посвящены «только» поддержанию трезвости, при этом практически не будет предприниматься шагов для поощрения личностных изменений (Wallace, 1978b). Согласно работе Браун и Ялома (1977), в этот период участников группы не следует побуждать к самоанализу, разве что на неглубоком и поверхностном уровне. Данная стратегия требует, чтобы все терапевтические вмешательства происходили в медленном темпе (Brown & Yalom, 1977; Wallace, 1977b). Динамики возможно будет исследовать более подробно лишь после девяти-двенадцати месяцев трезвости (Brown & Yalom, 1977). Большая часть времени, отведенного на лечение, должна быть посвящена конфронтации системы отрицания (Wallace, 1975; Cummings, 1979). Огромное внимание должно быть уделено тому, чтобы алкоголик постепенно узнавал и признавал свои скрытые чувства. Обычно с чувством невыносимой вины проще всего справиться, предоставив общую упрощенную когнитивную структуру алкоголизма как заболевания (Wallace, 1975). Стратегии, которые приводит Уоллес (1978), необходимо применять для того, чтобы справиться с «излюбленной защитной структурой» алкоголика.

Лечение алкоголизма, с этой точки зрения, должно рассматриваться как процесс, зависимый от времени, как это описано Уоллесом (1975) и подтверждено Браун и Яломом (1977). По сути, это означает, что определенный вид терапевтического вмешательства, эффективный в работе с алкоголиком, недавно начавшим лечение, может быть совершенно неприемлемым для пациента, который провел уже несколько лет в трезвости.

Ниже приводятся рекомендации Уоллеса в отношении терапии, специфической для алкоголизма:

Алкоголика можно описать в терминах излюбленной (или избранной) защитной структуры (ИЗС). Эту ИЗС не следует определять негативным образом. Фактически, ее вообще не надо рассматривать в терминах классического языка защитных механизмов. ИЗС алкоголика можно рассматривать как набор навыков и способностей — тактик и стратегий, если хотите, — необходимых для достижения его целей.

Принятая на данный момент в общей практике терапия для алкоголиков, как это нередко бывает, пытается разрушить ИЗС алкоголика, вместо того, чтобы найти ей активное применение с целью достижения длительной абстиненции. Терапевтические методы, которые слишком рано и слишком активно пытаются разрушить ИЗС алкоголиков, повышают вероятность продолжения алкоголизации, а не снижают ее.

Лечебные программы, успешно помогающие добиться абстиненции, например, программа «Анонимные Алкоголики», частично обязаны своим успехом интуитивному признанию того факта, что ИЗС алкоголика необходимо защищать и использовать, а не противостоять ей и радикально ее изменять.

Парадоксально, но факт, что те же самые защитные механизмы, которые алкоголик использовал для того, чтобы продолжать пить, можно эффективно направить на достижение абстиненции.

Так же парадоксален и тот факт, что защитные механизмы, способствующие как продолжению злоупотребления алкоголем, так и абстиненции, необходимо разрушить с целью достижения долгосрочной трезвости. Однако, во многих случаях этот этап роста должен иметь место в период от двух до пяти лет абстиненции (1978b).

Основная лечебная программа

Для того, чтобы минимизировать специфические трудности, очень важно следовать рекомендациям Паттисона (Pattison, 1979) и выявить характеристики, присущие популяции алкоголиков, участвующих в лечебном процессе. Мур (Moore, 1973, стр. 224) описывает типичного алкоголика следующим образом: «работающий, или хотя бы в какой-то степени платежеспособный пациент, нижний средний класс или выше, не обязательно с психологическим складом ума, не слишком психопатичный, но, скорее всего, «эссенциальный» или «реактивный» алкоголик. Он иногда выказывает признаки довольно серьезной депрессии, при этом без значительных повреждений мозговых функций, принимает участие в лечении более или менее добровольно, возможно, все еще проходит (или недавно прекратил) семейную терапию, оплату производит либо из своих средств, либо по страховке, либо лечение производится в государственной клинике. Другими словами, я говорю о большей части наших алкоголиков. Хотя уличные пьяницы могут привлекать больше внимания, они составляют лишь от трех до пяти процентов общей популяции».

Далее, необходимо определить, существуют ли какие-либо личностные характеристики, общие для всех членов описанной выше популяции. Все когда-либо производимые попытки идентифицировать личностные переменные, непосредственно связанные с алкоголизмом, всегда приводили к неопределенным и противоречивым результатам. Многие указывают на то, что среди алкоголиков можно обнаружить различные личностные типы (Pattison, 1966; English, J., 1975). Несмотря на негативные выводы, к которым привели их исследования, ученые не считают, что нужно отказаться от попыток вывести личностную модель алкоголика (Barnes, 1979). Уоллес (1975) подчеркивает, что сила убежденности в существовании так называемой «алкогольной личности» является прямой функцией степени вовлеченности в долгосрочные программы работы с алкоголиками. Он основывает доказательства этой точки зрения на интуитивных знаниях программы АА, полученных в результате многолетнего успешного лечения алкоголиков. В рамках братства АА человек может считаться алкоголиком как личность, независимо от того, пьет он или нет, и алкогольная личность может восстановиться в любой момент в форме «сухого пьяницы». Кроме того, АА признает тот факт, что многие сильно пьющие люди не обязательно являются алкоголиками (А.А. Publications, 1960). С другой стороны, Уоллес считает, что концепция алкогольной личности не признается теми, кто интересуется проблемами алкоголизма лишь вскользь или только с академической точки зрения.

Доказательства существования общих характеристик личности алкоголика (пост-алкогольной личности) имеют серьезное значение для терапевтических методик. В недавнем обширном обзоре литературы Бернс (Barnes, 1979) выдвинул предложение разбить понятие алкогольной личности на два разных описания — пост-алкогольную и пре-алкогольную личности (Barnes, 1979). Существует огромное количество данных, которые доказывают существование различных личностных параметров, отличающих пост-алкоголиков от невротиков, психотических пациентов и не-алкоголиков (методики ММРІ, Полезависимость, Интернальность-Экстернальность (IE) и Личностный опросник Айзенка). В то время как параметры личности пост-алкоголика обычно бывают достаточно характерными, идентификацию личности пре-алкоголика с достаточной степенью определенности удалось провести лишь в лонгитюдном исследовании шкалы Мак-Эндрю ММРІ (Hoffman, Kammier & Loper, 1974).

Результаты этого исследования показывают, что сам процесс заболевания приводит к определенным изменениям, которые свойственны всем алкоголикам. Значение этого вывода для наших целей состоит в том, что он позволяет установить значительную степень гомогенности личностных характеристик пост-алкоголиков. Уоллес (Wallace, 1975) согласен с этим мнением, заявляя, что «гораздо плодотворнее считать множество сходных черт, свойственных алкоголикам, обычным результатом алкоголизма, чем свидетельством сходства их предшествующих алкоголизму состояний». Эти данные являются убедительным доказательством того, что алкоголики, вследствие своего заболевания, являются достаточно гомогенной группой.

Аддиктивная личность

Хотя существует множество ошибочных представлений о зависимой личности, недавно обнаруженные данные позволяют заключить, что сам по себе опыт аддикции может породить характеристики, общие для большинства аддиктивных пациентов. Большинство исследований в области зависимостей связаны с алкоголизмом, но при этом широко признается тот факт, что многие алкоголики в анамнезе имеют и другие формы зависимости, а также злоупотребляют наркотиками. Вследствие этого, я предлагаю читателю для краткости объединить эти два вида заболевания. Приводимый ниже обзор литературы приводит к заключению, что существуют лишь ограниченные данные о существовании пре-алкогольной личности, и, вместе с тем, сильны доказательства существования общих пост-алкогольных характеристик, которые имеют серьезное значение для лечения.

Множество исследований на эту тему выявили их постоянные трудности в области конфликтов зависимости, и большинство работ рисуют образ типичного клинического психопата или социопата. Однако, существует одно очень важное отличие, которое часто остается незамеченным. Оно хорошо описано в работе Баттон (Button, 1956): «Первичный пик на шкале Pd и вторичный на D, наложенные на сравнительно «невротический» (в отличие от психотического) профиль, сами по себе показывают, как алкоголик воспринимает себя: как несчастного, напряженного, ожесточенного человека, который каким-то образом чувствует себя ответственным за многие проявления агрессии и враждебности, которые он видит вокруг себя» (стр. 271). Button далее цитирует Buhler & Lefever (1947), указывая на очень важное отличие. «В отличие от психопата, алкоголик сбегает с нечистой совестью». Эту позицию также разделяет Апфельдорф (Apfeldorf, 1978), который пишет, что получающий высокие баллы по субшкале МакЭндрю Миннесотского опросника является «наглым, несдержанным, самоуверенным человеком, который легко сходится с другими». Апфельдорф говорит, что алкоголик или аддикт, который кутит, играет в азартные игры, бездельничает и буянит, тем не менее, «тянется к религии и использует подавление, веру и вдохновение для того, чтобы сдерживать свои импульсы». Этот анализ показывает, что личность алкоголика состоит из многих факторов и компонентов, включая живую и активную общительность, антисоциальные установки, религиозность и чувство вины. Апфельдорф считал потенциально плодотворной попытку аккумулировать разбросанный набор характеристик, чтобы исследовать работы МакЭндрю и другие композитные профили MMPI, потому что картина, созданная подобными контент-анализами, очень похожа на заимствование из источников программы АА. Поверхностность, эгоизм, отсутствие контроля над импульсами, чувство вины — все это имеет огромное значение в терапевтическом подходе «Анонимных Алкоголиков» (A.A. Publication, 1955).

Вырабатывая консенсус по личностному профилю по MMPI на основании вышеупомянутых исследований, мы приходим к образу алкоголика как эгоистичного, незрелого, общительного, зачастую поверхностно привлекательного человека, демонстрирующего поведение, которое обычно ассоциируется с нарциссической личностью, за исключением огромного чувства вины и стыда, которое проявляется в моменты трезвости.

Большинство недавних исследований в области оценки личности, связанных с алкоголизмом, концентрировались на изолированных измерениях и дифференциации между алкоголиками и не-алкоголиками (Tarter & Sugerman, 1976; Donovan & O'Leary, 1975). Анализируя согласованные данные, показывающие, что алкоголики являются более зависимыми или экстермальными, чем другие группы, исследователи скорее склонны поддерживать гипотезу предрасположенности, чем гипотезу последствий. В сущности, гипотеза последствий рассматривает полезависимость и экстермальность как последствия пьянства, а гипотеза предрасположенности говорит о том, что полезависимость и экстермальность являются предрасполагающими факторами. Мало исследований было проведено с целью выявления изменений с течением времени. Исследователи обычно с удовлетворением принимают вывод о том, что алкоголик может перестать пить, но его когнитивное функционирование и основные характеристики личности, конечно, останутся неизменными.

Отправное исследование Дэнехи (Danahy, 1977) показывает, что это может быть неверным. Если принять критерии выздоровления программы Анонимных Алкоголиков, то есть то, что алкоголик должен произвести в самом себе определенные изменения, чтобы бросить пить, то ожидаемое следствие состоит в том, что потребление алкоголя прекращается лишь наряду с определенными личностными или когнитивными изменениями. Одно из логичных объяснений растущего интереса к этому исследованию это то, что существуют доказательства связи между контролем, зависимостью и аддикцией. Конфликты и когнитивные стили, связанные с зависимостью, могут привести к преувеличенной потребности в контроле (или стать ее результатом). Это вероятное последствие конфликта вокруг потребности в зависимости. Вывод из этой теории предполагает, что изменение в уровне потребления алкоголя приведет к изменениям в степени ориентации на зависимость и контроль (Danahy, 1977).

В результате столь убедительных интерпретаций, в рамках данной общей теоретической системы в ряде эмпирических исследований были использованы различные виды измерений. Большинство из них были направлены на отношения между зависимостью, контролем и аддикцией. Используя результаты Виткина (Witkin & Oltmen, 1967) по полезависимости и Роттера (Rotter, 1966) по ин- тернальному-экстернальному локусу контроля, были получены противоречивые свидетельства сходства и различий алкоголиков и аддиктов.

Хотя существуют определенные противоречия при определении интернальной или экстернальной ориентации алкоголиков, было выдвинуто несколько возможных объяснений, касающихся неожиданных выводов об их интернальной направленности. Госс и Мороско (Goss и Morosko, 1970) предлагают два возможных заключения, имеющих отношение к проблеме алкоголизма. Первое это то, что алкоголики верят в то, что могут контролировать потребление алкоголя, а второе — что они могут также научиться тому, что у них под рукой всегда есть доступный способ контроля своего настроения.

Oziel, Obitz & Kerpon (1972) предполагают, что пассивно-агрессивное пьянство и социальное поведение, наблюдаемое у алкоголиков, является попыткой интернально контролируемых индивидов противостоять манипуляциям других, которые хотят, чтобы они бросили пить. Disterfano, Pryer & Garrison. (1972) поставили под сомнение общепринятую теорию о том, что интернальный локус контроля — это непременно хорошая вещь. Они говорят о том, что «золотая середина» между низкими показателями алкоголиков и высокими показателями обычной психиатрической популяции, возможно, является более важным признаком психического здоровья. Рассматривая показатели по IE, Gozali и Sloan (1971) предположили, что, возможно, психотерапия для алкоголиков должна быть направлена на смену локуса контроля с интернального на экстернальный. Именно этого всегда пыталась добиться программа АА. Она настаивает на признании «бессилия против алкоголя» и предоставлении контроля «высшей силе». Хотя, конечно, нельзя говорить, что правильность позиции программы была доказана результатами исследований по шкале IE, но можно предположить, что программа АА подчеркивает те черты личности алкоголика, которые могут быть терапевтически значимы.

Ценности и зависимость в лечении алкоголизма

Аддиктивное поведение и сложности в межличностных отношениях (Szasz, 1966) налагают свой отпечаток на систему ценностей индивида. Для того, чтобы лечение было успешным, оно непременно должно приводить к изменениям или перестройке ценностных приоритетов. Рокич (Rokeach, 1973) предоставляет убедительные доказательства того, что ценности существуют как стабильные сущности, что их можно проанализировать, и они являются критически важными при воздействии на установки и поведение индивида. Кроме того, их легко можно изменить с помощью эффективного психотерапевтического воздействия.

Исследователи выдвинули предположение, что, возможно, религиозные или духовные аспекты концепции «Высшей Силы» программы «Анонимные Алкоголики» ускоряют процесс выздоровления. Джекобсон и Риттер (Jacobson и Ritter, 1977) провели Тест жизненных целей (PIL) и Исследование ценностей Оллпорта-Вернона-Линдсея (SOV) среди алкоголиков, участвующих в тридцатидневной лечебной программе. Они сообщили о значительных изменениях в показателях тестов, которые были проведены вскоре после поступления больных и вновь повторены незадолго перед выпиской. Результаты показали, что, несмотря на противоположные ожидания, были обнаружены значительные корреляции между показателями повторного PIL и шкалами Религии и Эстетики SOV.

Вопросы лечения

Гомогенность и гетерогенность

Итак, алкоголики и наркоманы, вследствие своего заболевания, могут быть довольно гомогенной группой. Как подчеркивает Ялом, гомогенность группы в определенном смысле может препятствовать процессу роста. Гетерогенность в областях конфликта и гомогенность по силе эго — вот два фактора, важных для композиции группы (Yalom, 1975). Ялом считает, что «гомогенные группы гораздо быстрее становятся сплоченными, предлагают больше поддержки своим участникам, в них выше посещаемость, меньше конфликтов, и они обеспечивают гораздо более оперативное симптоматическое облегчение» (стр. 261). Зачастую терапевт сталкивается именно с такой ситуацией в группе выздоравливающих алкоголиков. Разумно было бы способствовать концентрации группы на гомогенной проблеме алкоголизма в начале терапии, и использовать это обстоятельство как можно интенсивнее для получения от него наибольшей пользы. Однако, группа чаще всего состоит из людей различных профессий и с различными интересами, и самого начала между ними есть лишь одна точка соприкосновения — их общий конфликт с потреблением алкоголя. Постепенно, по мере того, как абстиненция становится меньшей проблемой, а развитие все больше становится предметом обсуждения, терапевт зачастую обнаруживает, что у участников группы наблюдаются самые разнообразные проблемы, возникшие в результате пьянства. Терапевт должен полностью использовать также и это преимущество.

Пассивность и полезависимость

Работы Witkin, Karp & Goodenough (1959), Rotter (1966) и Blane (1968) подтверждают общее мнение о том, что алкоголики являются когнитивно и психологически более зависимыми личностями, чем лица, не страдающие алкоголизмом. Такой вывод также можно сделать из исследования Браун и Ялома (1977).

Они обнаружили, что зависимость или контрзависимость выражаются в их поведении, но при этом алкоголики категорически отрицают существование какой-либо зависимости. Это наблюдение особенно интересно в свете исследований Donovan и O'Leary (1975) по дифференциации интернального-экстернального локуса по Роттеру среди алкоголиков. Судя по результатам этого исследования, у алкоголиков наблюдается либо более интернальная, либо более экс-тернальная направленность контроля, чем у неалкоголиков.

Исследования, применяющие теорию полезависимости -полнезависимости, разработанную Witkin & Oltman (1967), достаточно последовательно показали, что алкоголики более полезависимы, чем не алкоголики (Tarter & Sugerman, 1976). Браун и Ялом (1977) в рамках своего исследования также обнаружили подобные паттерны. Они объяснили возникновение этого феномена тем, что алкоголики не способны полностью воспринимать себя изнутри. Многие члены группы, принимавшие участие в их исследовании, основывали свое поведение на внешних сигналах. «Например, они сканируют окружающую обстановку, ищут указаний от других, пытаются определить, чего окружающие от них ожидают. Затем они посредством самообмана конвертируют эти внешние сигналы в ощущение, что они сделали активный выбор. При этом большая часть их поведения — не следствие собственных решений. Они не могут обратить взор внутрь себя, спросить себя, чего они хотят, и действовать в соответствии с этим», (стр. 488).

Fehr (1976) считает, что такой стиль алкоголиков проявляется в пассивно-зависимом поведении. Schiff & Schiff (1971) обсуждают сложности, связанные с лечением пациентов с существенной степенью пассивности. Основное затруднение в их лечении — это то, насколько часто пассивные пациенты преуменьшают свои проблемы или отрицают их наличие. В типичном случае, осознав в конце концов существование проблемы, они не видят ее значимости в своей жизни. И даже осознавая ее значимость, пассивно-зависимые субъекты часто усложняют ситуацию тем, что считают свои трудности неразрешимыми и не надеются на положительные изменения в своей жизни.

По данным Fehr (1976), алкоголики часто неспособны осознать настоящие причины своего пьянства, и еще чаще не рассматривают избыточное потребление алкоголя как значительную проблему в своей жизни. Вместо того, чтобы смотреть на алкоголиков как на людей, которые не хотят бросить пить, лучше концептуализировать их как тех, кто не осознает возможности другого стиля жизни. Напротив, пациенты-невротики часто идентифицируют свои основные проблемы еще до того, как поступают в психотерапевтическую группу. Обычно они приходят сами, поскольку хотят изменить свое поведение. Как утверждает Fehr, в такой ситуации терапевт становится консультантом, задача которого — слушать и направлять клиента. Терапевт обычно даже пытается ограничить его собственный вклад, и склонен делать ошибку, осуществляя слишком сильные интервенции. В этом состоит отличие от работы с алкоголиками, где ошибка чаще всего состоит в том, что вмешательство терапевта недостаточно сильно. Чем более активным и директивным будет психотерапевт, тем эффективнее будет его работа (Fehr, 1976; Johnson, 1969; Wallace, 1975).

В условиях групповой терапии алкоголики склонны поддерживать пассивность друг друга (Fehr, 1976). Группа спланируется вокруг темы алкоголизма, его причин и способов избавления от него, они бесконечно обсуждают достоинства программы «Анонимные Алкоголики» и затрагивают массу побочных тем. Участники таких групп известны своей тенденцией идентифицировать самих себя и друг друга как алкоголиков, а не просто людей, таким образом ограничивая объем своего открытого взаимодействия. На начальной стадии мало что из общения между пациентами в группе может считаться продуктивным с терапевтической точки зрения (Fehr, 1976). Важно понять, что традиционные процедуры групповой терапии, в которых основное внимание уделяется взаимодействию между участниками, не стоит применять на ранних стадиях лечения, поскольку они сравнительно неэффективны при работе с пассивными, зависимыми алкоголиками. Тем не менее, эти процедуры нужно вносить в план лечения по мере того, как члены группы становятся более зрелыми и способными функционировать в рамках группы.

Факторы времени

Разумное лечение выздоравливающего алкоголика должно быть долгосрочным. Отдельная терапевтическая интервенция, используемая для невротиков, может быть совершенно неприемлемой для алкоголика, который недавно бросил пить, или даже для того, кто достиг нескольких лет трезвости. Ялом считает, что даже большинству непьющих пациентов требуется от 12 до 24 месяцев для возникновения значительных изменений, хотя кризис можно разрешить и в более короткие сроки. Лучше всего рассматривать проблему потребления алкоголя алкоголиком в качестве кризиса, с которым нужно разобраться прежде всего. Программа АА и большинство медицинских систем, ориентированных на алкоголиков, признают, что первый год лечения ориентирован на кризис, и неразумно было бы настаивать на изменениях на слишком ранней стадии процесса выздоровления («АА», 1960; Chambers & Wallace, 1978; Johnson, 1969).

Терапевт может обнаружить, что в некоторых случаях весь первый год лечения приходится заниматься «лишь» поддержанием трезвости, при этом почти или вовсе не уделяя внимания стимуляции личностных изменений. Браун и Ялом (1977) рассматривают важность временного аспекта в лечении алкоголизма: «Терпение и надежда психотерапевта придают уверенности тем пациентам, которые фрустрировали большинство несостоявшихся помощников, и потому оказались покинутыми ими. От терапевта требуется неизменная, постоянная и надежная поддержка, и это не лучшая обстановка для тех, кому нужно немедленно удовлетворить свою потребность быть целителем» (стр. 437).

В каком-то смысле, терапевт должен осознать, что в работе с клиентом-алкоголиком все терапевтические процедуры происходят в медленном темпе. Терапевт должен продвигаться вперед с осторожностью, понимая, с одной стороны, что для изменений необходимы тревога и конфликт, но, с другой стороны, слишком много тревоги и конфликтов могут подтолкнуть алкоголика к тому, чтобы справиться с ситуацией с помощью алкоголя. Ялом признает, что, хотя алкоголики часто хотят измениться, они все же понимают, что действительно многое потеряют, перестав пить, и поэтому сопротивляются участию в терапевтическом процессе.

Структура

Еще один фактор, влияющий на это общее отвращение к изменениям, был описан Браун и Яломом (1977) как жесткая система защиты типичного алкоголика. «Участники группы замечали друг в друге тенденцию занимать жесткие позиции, которые они обозначили, как «черное и белое» или «все или ничего»». Алкоголики часто демонстрируют большую склонность к определенности. Их суждения о людях, событиях и ситуациях часто бывают весьма категоричными. Согласен с этим мнением и Уоллес (1978): «Существует лишь очень немного воспринимаемых ими альтернатив, и это в основном да — нет, черное — белое или другие дихотомизированные категории. Именно в этом смысле говорится, что их мышление имеет характер 'все или ничего'» (стр. 23).

В связи с этим Уоллес считает, что алкоголики предпочитают структурированность, они стремятся к тому, чтобы события были предсказуемы и четко организованы. Например, собрания Анонимных Алкоголиков являются одними из наиболее структурированных социальных встреч. Как рассказывает Уоллес (1977), встречи АА в Южной Калифорнии начинаются с чтения пятой главы книги «Анонимные Алкоголики». «Вот, например, алкоголик из Анахайма, стаж трезвости 10 лет, ходит на встречи АА три раза в неделю, ему пришлось выслушать один и тот же текст 1560 раз!» (стр. 23, 1939). Браун и Ялом (1977) тоже говорят о важности предоставления терапевтом системы поддержки, на которую пациент может положиться. «Таким образом, жизненно важно, чтобы участники группы были убеждены в том, что группа будет продолжать свою работу, и всегда будет собираться в назначенное время» (стр. 442). Это обстоятельство подчеркивает важность долгосрочности терапии. Ялом считает, что более краткосрочные групповые циклы не могут обеспечить стабильного постоянного сообщества, которое необходимо для выздоровления.

Система отрицания

Алкоголиков легче всего описать в терминах их излюбленной защитной структуры, которая включает в себя наиболее используемые механизмы отрицания, рационализации, проекции, интеллектуализации и минимизации (Wallace, 1975). Обычно это приводит к тому, что группа состоит в основном из алкоголиков, которые не представляют себе, что именно они чувствуют, и вследствие этого действуют на основании искаженного восприятия всего с ними происходящего. Поскольку алкоголики, судя по всему, не осознают взаимосвязи между пьянством и своими проблемами, специалисты приходят к выводу, что они прибегают к отрицанию. Многие считают, что алкоголизм — это «болезнь отрицания» («АА», 1939; Tiebout, 1953; Wallace, 1978). Вместо того, чтобы возмущаться тем, что алкоголик явно отказывается понимать, что же он чувствует, терапевт должен осознать, что именно это и является проблемой, которую надо постепенно разрешать, предоставляя пациенту поддержку, терпение и понимание.

Наиболее сложная задача в лечении алкоголизма состоит в том, чтобы уменьшить отрицание и стимулировать самоосознание и раскрытие, при этом одновременно сведя тревожность к минимуму. Это означает, что терапевт должен быть удовлетворен постепенно повышающимся уровнем самоосознания, а не требовать внезапных, драматических прорывов. Как четко показывает Ялом (1975), «воздушные замки» или «насущенная ложь» часто бывают чрезвычайно важными для личностной и социальной целостности (стр. 216). Он предупреждает, что их нельзя воспринимать несерьезно, или импульсивно разрушать во имя честности. Ответственность терапевта по отношению к пациентам и их задачам важнее честности, и эта ответственность должна преобладать над склонностью к использованию определенных техник или к конфронтации ради нее самой. Более того, терапевт должен обеспечить терапевтический контекст, в котором пациенту предоставляется высокий уровень поддержки в то время, как он постепенно открывает в себе определенные личностные аспекты и раскрывает их перед другими. Терапию алкоголизма лучше всего описать как состоящую из важных выборов и решений, принимаемых в условиях слишком сильных обвинений или слишком маленькой ответственности, слишком большой вины или слишком сильной социопатологии, слишком бурного гнева или слишком большого подчинения, слишком сильного отрицания или слишком сильного самораскрытия (Wallace, 1975).

Психотерапия в этом контексте отличается от стандартного лечения, поскольку терапевт должен постоянно взвешивать каждое вмешательство, зная, что слишком быстрые действия или слишком сильная конфронтация могут привести к возобновлению потребления алкоголя. С такой ситуацией можно справиться лишь путем осторожного зондирования и осознания того, что если изменений не произойдет, то пациент вскоре вернется к прежним привычкам. Эта тема будет пронизывать весь процесс лечения, но в идеальном варианте она будет меньше беспокоить терапевта по мере того, как будет увеличиваться срок поддержания трезвости.

Терапия алкоголизма, в ее современной форме, слишком часто пытается уничтожить избранную систему защиты алкоголика, вместо того, чтобы использовать ее для стимуляции абстиненции. Терапевтические методы, которые преждевременно пытаются противостоять системе защиты, скорее повышают, чем понижают, вероятность возобновления приема алкоголя. Парадоксально, но факт: те защиты, которые алкоголик использует для того, чтобы продолжать пить, можно эффективно использовать для достижения абстиненции (Wallace, 1977). Также парадоксально и то, что те же самые защитные механизмы, которые способствуют алкоголизму и могут помочь добиться абстиненции, нужно будет устранить для достижения долгосрочной трезвости. Тем не менее, во многих случаях для начала этого этапа роста требуется поддерживать абстиненцию от двух до пяти лет («АА», 1955; Wallace, 1977).

Программа «анонимные алкоголики» и групповая психотерапия

Возможно ли принадлежать одновременно и к программе «Анонимные Алкоголики», и к психотерапевтической группе? В отношении этого вопроса недавно были разработаны новые стратегии. Предлагаемые ведущими теоретиками в данной области альтернативы, основанные на многолетнем клиническом опыте, указывают на то, что тесные рабочие взаимоотношения с программой «Анонимные Алкоголики» повышают эффективность лечения (Brown & Yalom, 1977; Cummings, 1979; Wallace, 1975, 1978b). Например, в своем описании «терапии исключения» Каммингс (1979) дает описание тактики, сочетающейся с программой АА, где основной целью лечения является абстиненция.

Алкоголикам необходима огромная поддержка для того, чтобы достичь абстиненции и поддерживать ее. Браун и Ялом (1977) были озабочены тем, что интеракционная группа (в которой необходимы и конфликт, и принятие) не сможет предоставить ту полноту поддержки, которая требуется в процессе выздоровления, но они разрешили эту проблему, предлагая участникам группы при необходимости обращаться за помощью в программу «Анонимные Алкоголики». Тем не менее, они беспокоились, что двойная принадлежность помешает прогрессу в интеракционной группе. Сначала возник некоторый диссонанс между двумя модальностями, поскольку необходимо было заполнить разрыв между программой АА и стереотипом «невежественных профессионалов», возникшим у некоторых алкоголиков. Эта проблема была разрешена указанием участникам группы на то, что программа АА и групповая терапия выполняют очень различные, хотя и одинаково значимые функции в их выздоровлении. Существуют определенные факторы, которые АА может предоставить участникам, в отличие от группы, и наоборот. Замечательным примером является проблема потребности в зависимости. По своему формату встречи АА удовлетворяют ее. Новым участникам предлагают положиться на программу, на других участников и на «Высшую Силу», чтобы поддерживать абстиненцию. Психотерапевтическая группа, с другой стороны, удовлетворяет потребность в зависимости ровно настолько, чтобы удержать пациента в группе.

В идеале прочное, продолжительное членство в АА освобождает индивидов для полного участия в терапевтической группе. АА может служить системой поддержки, помогающей в вопросах с алкоголем и позволяющей переносить фрустрации терапевтического процесса. Фактически, активное членство должно приветствоваться, но терапевт также должен хотеть и быть способным опровергнуть заблуждения, предрассудки и искажения фактов об АА.

Уоллес (1978а) говорит, что участие во встречах АА является, по своему результату, бихевиоральной программой изменения, применяющей практические методы достижения и поддержания трезвости. «Позитивное подкрепление (социальное признание и статус как следствие трезвости), социальное моделирование (доступность ролевых моделей и их поведения для обучения тому, как оставаться трезвым), десенситизация (редукция тревоги и вины через разделение общего опыта, смех и общее веселье по поводу прошлых поступков, связанных с алкоголем, и общая атмосфера социального принятия), а также когнитивные поведенческие изменения (когнитивная реструктуризация самого себя, своего поведения и алкоголизма), являются теми аспектами АА, которые наиболее конгруэнтны с современными вариантами поведенческой терапии» (стр. 102).

Матано и Ялом (1991) поддерживают интеграцию АА и других программ самопомощи в лечебный процесс, и даже заходят так далеко, что рекомендуют модифицировать интеракционную модель для усвоения и приспособления языка программ самопомощи. Они пишут:

«Чтобы терапевт был эффективен в работе с алкоголиками, ему следует быть хорошо знакомым с традициями АА. Для этого есть две причины: (1) позаимствовать знание АА и инкорпорировать его в терапевтический процесс и (2) заметить и предотвратить неправильное использование понятий АА — а именно, их искажение и использование для сопротивления терапии».(стр. 279).

Как они далее утверждают, они не верят, что интеракционная групповая психотерапия должна стремиться заменить собой АА и ее важность для выздоровления аддикта или алкоголика. Скорее, они рекомендуют, чтобы «групповой терапевт активно заручался помощью АА». Матано и Ялом также говорят о заблуждениях, которые профессионалы и члены АА имеют друг относительно друга. Эти заблуждения будут обсуждены в Главе 6, при исследовании АА, ее двенадцати шагов и двенадцати традиций. Рабочие отношения между АА и групповой терапией могут способствовать процессу выздоровления. Рекомендации, приведенные в этой главе, должны не только помочь лечебному процессу; они должны также научить ведущих групп избегать многих обычных ловушек, которые встречаются каждому терапевту, работающему с этой непростой популяцией.

Глава 6. Психодинамическая теория

Аддикцию можно объяснить и понять со многих различных точек зрения. Концепция болезни — это одно из таких объяснений, имеющее самую долгую историю и, что еще важнее, самые основательные причины для практического применения. Она была единственным подходом, который имел практические результаты в виде успешного лечения и выздоровления. Исторически, существовало множество альтернативных взглядов с бихевиоральной, спиритуальной, когнитивной, трансактной, феноменологической, культуральной, социологической, биологической, генетической, экзистенциальной, психологической и эпидемиологической перспектив. Многие из этих объяснений были вполне обоснованными и правдоподобными. Однако, только одна точка зрения — концепция болезни — продемонстрировала полезность для лечения алкоголизма, подтверждаемую и через продолжительный промежуток времени. Если сказать короче, то концепция болезни выдержала испытание временем. Новые методы, со всеми своими большими обещаниями, продвинутыми объяснениями и всеобщим воодушевлением, увядают быстрее, чем прошлогодние поп-звезды. Это не значит, что в медицинской науке должны царить традиция и ортодоксия. Напротив, альтернативные объяснения, особенно такие, которые либо дополняют прагматические аспекты с другой точки зрения, либо, в случае аддикции, обеспечивают более тонкое и глубокое описание того же феномена, чрезвычайно важны для того, чтобы в будущем химически зависимые лица могли получать более эффективную помощь.

Одно из таких альтернативных объяснений — «гипотеза самолечения» («self-medication hypothesis») Ханзяна (Khantzian et al., 1990). Основываясь на ранних теоретических рассуждениях и формулировках Кохута (Kohut, 1977b), Ханзян выдвигает альтернативное объяснение аддиктивного процесса, которое не только совместимо с концепцией болезни, но также расширяет ее полезными и практичными теоретическими формулировками, которые могут облегчить выздоровление и лечение аддиктов и алкоголиков. «Гипотеза самолечения» имеет важное применение в групповой психотерапии. Она не только помогает развить существующее объяснение аддикции, но также и дополняет тот способ, которым лечат химическую зависимость АА и другие двенадцатишаговые программы. Перспектива психологии самости (селф-психологии, или психологии Я) дает альтернативные объяснения тому, почему двенадцатишаговые программы работают именно так, и тому, что исцеляющие силы, действующие в этих программах, имеют прямое отношение к стратегиям, которые нужно акцентировать в групповой терапии, если имеешь дело с химически зависимыми лицами.

Чтобы поместить эти взаимодополняющие отношения в соответствующую им перспективу, будет полезно понимать, как эволюционировали АА и другие двенадцатишаговые программы, и почему они достигли такого успеха. В последние двадцать лет многие лечебные заведения и организации начали применять принципы двенадцатишаговой программы «Анонимных Алкоголиков», пытаясь адаптироваться к сложной ситуации резкого обострения алкогольных и наркотических проблем. При этом была сохранена целостность самой программы АА, несмотря на то, что возникновение бесчисленного количества новых расстройств привело к необходимости адаптации «Двенадцати шагов» к динамике ряда конкретных зависимостей, появившихся в последние несколько лет. «Анонимные Наркоманы», «Анонимные Кокаилисты», «Анонимные Игроки», «Взрослые Дети Алкоголиков», «Созависимые», «Ал-Анон», группы нарушителей пищевого поведения (анорексия, булимия и т.д.) и даже «Анонимные Эмоционалы» применяют принципы программы «Двенадцать шагов», достигая в целом успешных результатов. Что же общего есть у этих разнообразных нарушений, что позволяет извлекать одинаковую пользу из одного и того же подхода? Конечно, многие лечебные факторы (универсальность переживаний, вселение надежды, сплоченность и т.д.), выявленные Яломом (см. Главу 15), могут действовать и в том формате группового лечения, который применяется в программе «Анонимные Алкоголики». Здесь также можно привести довод, что принципы АА (честность, личностная оценка, исправление дефектов характера, помощь других и т.д.) могут быть полезны любому человеку, который захочет применить их в своей жизни. Хотя все это может быть справедливым, данное заявление все же упускает из виду важную связь, которая существует между различными видами зависимостей и личностными переменными. Важно понять общие черты и сходные характеристики, которыми обладают все пациенты, подверженные аддикции. Те, кто знаком с программой «Анонимные Алкоголики», знают, что многие из них бросают пить, избавляются от многочисленных проблем межличностного общения и полностью изменяют свою жизнь. Многие алкоголики, достигнув абстиненции, начинают вновь получать удовольствие от жизни и строят в дальнейшем продуктивные, здоровые и успешные карьеры и взаимоотношения. Тем не менее, существует равное количество лиц, которые не в состоянии поддерживать трезвость и продолжают действовать в соответствии со своими разрушительными паттернами, сходными с другими навязчивыми состояниями и зависимостями. Они страдают от постоянных срывов, зачастую заменяя одну проблему (кокаин, героин, марихуана) другой. Многие становятся подвержены булимии, страдают от избыточного веса или от анорексии. Потребление ими пищи становится столь же навязчивым и неконтролируемым, как и потребление алкоголя и наркотиков. Они становятся трудоголиками, гемблерами (азартными игроками) или увлекаются сексом сверх меры — так же, как раньше пользовались химическими препаратами, чтобы справиться с пустотой, скукой и депрессией, которые грозят полностью поглотить их. Они не могут добиться здоровой трезвости, и поэтому никогда не знают покоя. Для обозначения такого типа людей в программе «Анонимные Алкоголики» используется термин «сухой пьяница» («dry drunk»). Они прекращают употреблять алкоголь, но их личностные характеристики не меняются. Даже Большая Книга «АА» признает, что программа, возможно, применима не к каждому пациенту.

«Есть и такие несчастные. Они не виноваты, похоже, они родились такими. Они, естественно, не способны постичь и развить такой стиль жизни, который требует скрупулезной честности. Их шансы на выздоровление ниже средних. Кроме того, есть люди, которые страдают от серьезных эмоциональных и психических расстройств», (стр. 58, AA World Services, 1939).

Вопросы, касающиеся тех пациентов, которые постоянно срываются, и причин их неудач, требуют понимания и ответа. Очень хотелось бы списать таких людей со счетов, сказав, что они не готовы «постичь программу» или еще «не достигли дна». Отец Мартин, симпатичный католический священник, похожий на эльфа, с возмущением относится к такой установке. Он любит повторять: «Конечно, вы правы, заявляя, что лошадь можно привести к воде, но нельзя заставить ее пить. Но вы можете сделать так, чтобы она почувствовала жажду!» Отец Мартин убежден в том, что профессионалы не имеют права занимать нейтральную или отстраненную позицию, работая с алкоголиками и наркоманами. Напротив, они должны искать способы, чтобы мотивировать алкоголиков или пациентов, страдающих от других зависимостей, и привлекать их к лечению. Естественно, один из способов повысить их жажду лечиться — это обеспечить их чем-то питательным и удовлетворяющим. Это требует понимания специфической динамики, присущей пациентам, страдающим от многочисленных зависимостей и зачастую заменяющим одно расстройство другим. Понимание их состояния поможет профессионалу обращаться с ними, принимая во внимание дефициты, приводящие к тому, что они чувствуют себя неудовлетворенными и истощенными.

Патология характера и аддикция

Данный заголовок подводит нас к цели данной главы. Недавний прогресс в понимании природы зависимостей пролил свет на запутанную проблему тех, «кто, может быть, слишком болен, чтобы понять суть программы». Их болезнь может быть связана с состоянием, которое описывается рядом различных терминов — патологии характера, личностные расстройства, структурный дефицит или диффузное Я. DSM IV (APA, 1980) называет такие состояния «личностными расстройствами». Психиатрические и психоаналитические классификации личностных расстройств основаны на повторяющемся наблюдении, что пациенты, демонстрирующие симптомы, обусловленные дезадаптивной структурой личности, разделяются на несколько групп по принципу схожести наборов личностных черт. Более того, аналитическое исследование схожих по описанию пациентов выявляет широкое сходство между их базовыми конфликтами и опытом периода раннего развития. Хотя эти классификации были разработаны для того, чтобы выделить группы среди людей с личностными расстройствами, они предлагают полезные рамки и для выделения «типов людей» вообще. Личностные расстройства отличаются от типов личности не присутствием каких-либо определенных патологических черт, а несоответствующим проявлением этих черт в межличностных взаимоотношениях таких пациентов. Люди с расстройствами личности склонны видеть неразрешенные драмы из своего раннего опыта таящимися в своей повседневной жизни, и отвечают ригидными попытками противостоять им, несмотря на внутреннее беспокойство и неспособность адаптироваться. На самом деле, стресс и регрессивные преимущества болезни часто затуманивают разницу между здоровьем и заболеванием, и психиатрическая классификация используется наряду с некоторыми общими описательными синонимами, применяемыми для описания стандартного набора личностных типов, встречающихся в психиатрической практике.

В самом деле, если алкоголик или наркоман страдает социопатией, пограничным или нарциссическим личностным расстройством, то такой пациент будет представлять собой в процессе лечения гораздо более сложную проблему, чем алкоголик или наркоман, у которого нет патологий характера. Отношение между зависимостью и патологиями характера имеет огромное значение для терапии. Schuckit сжато обобщил этиологические возможности этих двух состояний (1973). Прежде всего, существуют пациенты с расстройствами характера, которые злоупотребляют наркотиками и алкоголем, потому что это — один из обычных симптомов их личностного нарушения. Во-вторых, некоторые химически зависимые лица обнаруживают патологию характера как следствие первичной алкогольной или наркотической зависимости. В-третьих, возможен общий фактор, который приводит как к зависимости, так и к расстройству характера.

Крайне важно различать эти три варианта при лечении зависимых пациентов, поскольку те методы, которые помогут в работе с алкоголиком, страдающим от личностных дефицитов, не принесут пользы в работе с социопатом, страдающим от алкогольной или наркотической зависимости. В одном из своих исследований (1983) Вэйлант (Vaillant) рассмотрел этот вопрос, придя к выводу, что социопатия и алкоголизм имеют сложные и различные многофакторные этиологии. Он утверждает, что «при наличии одного нарушения вероятность возникновения другого становится намного выше средней» (стр. 325). Тем не менее, он признает: «что касается преморбидной личности, большинство алкоголиков может ничем не отличаться от неалкоголиков. С другой стороны, социопаты по сути своей очень несчастные люди, со слабо развитым ощущением Я (sense of self), которые пытаются изменить свое самочувствие, злоупотребляя различными видами наркотиков», (стр. 325).

Понимание того, что Вэйлант называет «ощущение Я», и его связи с расстройствами характера и зависимостью достигло значительных высот в последние десятилетия. Два важных способствующих фактора привели к росту количества компетентных профессионалов, принимающих участие в лечении и понимании зависимости и личностных расстройств. Во-первых, многим врачам, психологам, социальным работникам, консультантам, медицинским сестрам и священникам пришлось самим прибегать к лечению собственной химической зависимости.

Они узнали на своем опыте то, что приходится узнать каждому наркоману и алкоголику — для того, чтобы добиться каких-либо значительных и долгосрочных изменений в своей жизни, необходимо прекратить употреблять химические вещества. Великие теории, инсайты, вера и понимание практически не имели никакого воздействия на прекращение или уменьшение их зависимости от алкоголя или наркотиков. Их профессиональный статус и образование не помогли им. Только программа «Анонимные Алкоголики» и ее принципы предоставили им возможность вернуться в мир живых и помогли избавиться от симптомов заболевания. Вторым способствующий фактор — это серьезные фундаментальные исследования в области лечения алкоголизма, предпринятые большим числом увлеченных своей работой профессионалов, стремящихся понять эту загадочную болезнь. Достичь своей цели они могли единственным способом, позволяющим реалистично оценить этот феномен — то есть работая с пациентами, страдающими от химической зависимости. За последние десять лет возникло много организаций, куда входят профессионалы в данной области. Общество психологов в области аддиктивного поведения (SPAD), Национальный совет по алкоголизму (NCA), Национальный институт наркомании (NIDA), Национальный институт алкоголизма и злоупотребления алкоголем (NIAAA), Национальная ассоциация консультантов по алкоголизму и наркомании (NADAC), Международная ассоциация врачей в программе «Анонимные Алкоголики» (IADAA), Американская медицинская ассоциация (AMA), Американская медицинская ассоциация по алкоголизму (АМАА) — это только несколько примеров известных организаций, которые в последние годы прилагают усилия для достижения понимания природы алкогольной и наркотической зависимости. Многие профессионалы наконец вплотную соприкоснулись с реалиями зависимости — в связи со своим собственным выздоровлением от зависимости, или знакомством с коллегами, освободившимися от этого заболевания, или в связи с работой в этих и подобных им организациях.

Вклад теории объектных отношений и психологии самости

В рамках усиления профессионального интереса к пониманию алкоголизма и наркомании, в последние тридцать лет произошли изменения и в индивидуальной психологии, аккумулированные в настоящее время теорией объектных отношений Отто Нюрнберга (1975) и психологией самости (или психологией Я) Хайнца Кохута (1977b). Недавние открытия в психиатрии, с использованием стандартизированных диагностических подходов, а также смещение акцентов в психоанализе с теории влечений (или инстинкта) к адаптационной и структурной теории (эго и Я), обеспечили новые находки и перспективы в объяснении отношения между психологическими нарушениями, межличностными дисфункциями, алкоголизмом и наркоманией. Фрейдовское понятие собственного Я — интрапсихической структуры, которая является автономной и потенциально способной к совершенствованию, была с течением времени заменена межличностным определением Я, которое формируется нашими взаимоотношениями с другими. Вместо представления об интернализированном стремлении избавиться от недостатков, представить другим свой наилучший фасад — сдержанного, ограниченного интрапсихического Я (теория конфликта), возникло представление о том, что Я определяется нашим желанием быть с другими самим собой, со всеми недостатками и несовершенствами, при этом признавая, что другие люди независимы, отдельны и не предназначены только для того, чтобы удовлетворять наши потребности и желания (теория объектных отношений).

Учитывая эти изменения, больше внимания стало уделяться воздействию межличностных отношений на формирование поведения и личности человека. Параллельно с обсуждением антропологического вопроса Мартина Бубера о том, что делает человека неповторимым, психоанализ и психодинамическая теория пришли к такому же выводу, что и Бубер. Человек неповторим, потому что он определяется своими отношениями с другими. Подобно интерперсональной теории психиатрии, разработанной Гарри Стэком Салливаном, эта точка зрения состоит в том, что все мы являемся продуктами наших связей с другими людьми, и что наше ощущение себя определяется тем, как нас воспринимают другие, и как мы воспринимаем или искажаем наше восприятие их. Мартин Бубер (Martin Buber, 1955) резюмирует эту позицию:

«Фундаментальным фактом человеческого существования является не индивид как таковой, и не совокупность индивидов, как таковая. Каждое из этих понятий, рассматриваемое само по себе — абстракция. Индивид является фактом существования лишь постольку, поскольку он вступает в живую связь с другими индивидами. Совокупность индивидов является фактом существования лишь постольку, поскольку она состоит из живых единиц отношений. Фундаментальный факт человеческого существования — это человек с человеком. Особой отличительной чертой человеческого мира прежде всего является то, что что-то происходит между человеческими существами, и это явление нигде больше в природе не встречается. Язык является лишь признаком и средством для этого взаимодействия, и все духовные достижения обязаны своим существованием именно этому явлению. Человек является человеком именно благодаря ему; но по пути это не просто раскрывается, но также уничтожается и разлагается. Это основано на том, что одно существо обращается к другому как к другому, именно как к данному конкретному другому существу, для того, чтобы общаться с ним в общей для них сфере, которая выходит за пределы особых сфер каждого. Я называю эту сферу, которая определяется существованием человека как человека, но которая еще концептуально непостижима, сферой «между». Хотя понимание этой сферы существует на очень различных уровнях, она является первичной категорией человеческой реальности. Вот где должна начинаться подлинная третья альтернатива. Подход, в рамках которого существует понятие «между», возникает на основе того, что отношения между человеческими существами, вопреки традиции, перестают локализоваться в душах индивидов, или в общем мире, который включает их в себя и определяет их, но становятся реальным фактом «между» ними.» (стр. 203)

Принцип Бубера состоит в том, что развитие Я является лишь подготовкой к истинному диалогическому существованию. Мы становимся тем, что мы есть, для того, чтобы быть способными развивать аутентичные реальные взаимоотношения с другими. Таким образом, мы остаемся неаутентичными или фальшивыми до тех пор, пока не вступим с другими в настоящий диалог. Этот принцип нигде не раскрывается так полно, как в этом классическом описании «Я-Ты» отношений (1960).

Люди часто путают определение «Я-Ты» отношений с убеждением, что они подразумевают мистический союз с другими, в котором две отдельные личности соединяются в одно целое. Хотя в какой-то степени это справедливо, это не самый важный вклад в понимание взаимоотношений, которые описывает эта концепция. Мартин Бубер любил повторять, что Я предшествует Ты, и действие происходит между границами. Тем самым Бубер подчеркивал важность понимания своей отдельности, необходимой для вступления в отношения «Я-Ты». Мы должны прежде всего быть автономными и независимыми, чтобы обрести способность вступать в полноценный контакт с другим. Если мы не осознаем своих границ, мы можем потеряться в отношениях и перепутать свое с чужим.

Именно к этой теме обращаются Хайнц Кохут (Heinz Kohut, 1977b), Маргарет Малер (Margaret Mahler, 1979) и другие сторонники теории объектных отношений. Хотя их теории исходят из разных предпосылок и используются разными перспективами, но, основываясь на эмпирических наблюдениях (Кохут — за взрослыми, а Малер — за детьми), они совпадают в отношении важного и критического понимания человеческого состояния. Могу ли я быть близок с другим, не потеряв при этом себя, и вынесу ли я реальное одиночество? Говоря словами Кохута, каким образом индивид развивает целостную самость, аутентичную и не являющуюся грандиозной или фальшивой? Мы все стремимся к тому, чтобы нас любили и уважали такими, какие мы есть на самом деле.

Это очень важная тема при лечении зависимостей. Многие алкоголики и наркоманы чувствуют себя в глубине души недостойными и неполноценными. Злоупотребление наркотиками для них является способом противостоять этому чувству ущербности, способствуя формированию их фальшивого Я. Их грандиозность и самовлюбленность — это защитный фасад, используемый для того, чтобы справиться с ощущением фрагментации и неполноты. Все мы больше всего боимся (и алкоголики и наркоманы — не меньше других), что нас отвергнут и не будут любить, если мы действительно откроемся другому человеческому существу. С этой точки зрения, Мартин Бубер, сторонники теории объектных отношений и программа «Анонимные Алкоголики» имеют общую цель лечения и выздоровления. Наркоманам и алкоголикам нужно стать реальными и аутентичными, обрести свою истинную сущность. Они должны понять, что их не отвергнут и не откажут им в любви лишь потому, что они такие, какие они есть. Постепенно они должны понять, что только их поведение и действия привели к тому, что их отвергали и о них не заботились. Как только они осознают, что именно их поступки привели к отчуждению других, они должны будут соответствующим образом изменить свое поведение. И наконец, они должны признать свою отдельность и то, что они сами отвечают за свое состояние и положение в жизни. Именно этот процесс осознания и установления здоровых отношений может привести к уменьшению их структурных и личностных дефицитов.

Как бы то ни было, психоаналитическая и психодинамическая теория является наиболее влиятельной и полной теорией психологического развития и функционирования человека из всех существующих на данный момент. Очень важное значение имеет перемещение фокуса с интрапсихической на межличностную модель. Такое изменение перспективы позволило создать теорию психологического функционирования, которая более полно объясняет, как сходные процессы развития могут приводить к возникновению широкого спектра разнообразной симптоматики. С этой точки зрения, все виды зависимостей (наркотики, еда, азартные игры, секс и т.д.) можно рассматривать в связи с характерологическим дефицитом самости (дефекты характера, неспособность контролировать импульсы, грандиозность, самовлюбленность и так далее). Эта теория имеет важные приложения для профессионалов, работающих с химически зависимыми пациентами, и может помочь ведущему группы проникнуть в смысл того, что до определенного момента казалось бессвязным набором разнообразных событий из жизни наркомана или алкоголика.

Кохут обобщает свою позицию в предисловии, написанном им к недавней исследовательской монографии NIDA (1977a, стр. vii-ix).

«Объяснительная сила новой психологии самости нигде не видна так ясно, как в отношении этих четырех типов психологических нарушений: (1) нарциссические личностные расстройства, (2) перверсии, (3) отклоняющееся поведение и (4) зависимости. Почему же стало возможным так плодотворно проанализировать эти, казалось бы, совершенно различные состояния с помощью одной и той же понятийной структуры? Почему эти настолько различные и даже противоречивые наборы симптомов можно постичь, рассмотрев их с точки зрения психологии самости? Другими словами, каким образом эти четыре состояния связаны между собой? Что между ними общего? Ответ на эти вопросы очень прост: при каждом из этих нарушений пациент страдает от главной слабости — слабости сердцевины своей личности. Он страдает от последствий дефекта Я. Симптомы этих нарушений, будь они сравнительно туманными или скрытыми, или более отчетливыми и очевидными, возникают вторично, как результат этого дефекта. Проявления этих расстройств становятся понятными, если мы вспомним о том, что все они являются попытками — безуспешными попытками, что важно подчеркнуть — возместить исходный центральный дефект личности.

Пациент с нарциссическим расстройством стремится добиться похвалы и одобрения или слиться с идеализированным поддерживающим другим, поскольку он не может самостоятельно, с помощью своих внутренних ресурсов, поддержать свою самооценку или ощущение собственной силы. Извращенца влечет к совершению сексуальных действий с фигурами или символами, которые дают ему ощущение того, что он желанен, что он — живой и могущественный. Делинквент бесконечно повторяет одни и те же поступки, которыми демонстрирует себе самому избегание понимания того, что ему недостает твердой уверенности в себе и устойчивых идеалов. И ... аддикт, наконец, стремится к наркотику, потому что ему кажется, что наркотик способен исправить основной дефект его Я. Для такого пациента наркотик замещает Я-объект, который так болезненно подвел его именно в тот момент, когда пациент должен был ощущать всеисильный контроль над его реакциями в соответствии со своими потребностями, как если бы это была часть его самого. Употребляя наркотик, он символически заставляет отражающий Я-объект утешить и принять его. Или он символически заставляет идеализированный Я-объект допустить слияние с ним, и, таким образом, разделить его магическую силу. В обоих случаях потребление наркотика предоставляет ему возможность обрести самооценку, которой он не обладает.

Через употребление наркотика он обеспечивает себе ощущение того, что принят другими и, таким образом, уверенность в себе; или он создает для себя переживание слияния с источником силы, что дает ему чувство собственной силы и значительности. И все эти эффекты наркотика усиливают чувство жизненности, повышают уверенность пациента в том, что он существует в этом мире».

Кохут считает, что истоки зависимости находятся в опыте раннего детства. Тем не менее, он делает важное различие между причиной и лечением. Но в конце концов, он подчеркивает значимость ранних взаимоотношений ребенка при определении как причины, так и способа лечения зависимости.

«Трагедия всех этих попыток самолечения состоит в том, что они предоставляют лишь временные решения проблемы, что по сути своей они не могут быть успешными... В чем бы ни состояли химические свойства принимаемого препарата, как бы часто ни принимал его пациент, как бы разумно ни было рационализировано или мифологизировано его потребление при поддержке других, страдающих от того же заболевания — никакая психическая структура при этом не создается, сохраняется и дефект Я. Это как если бы человек с открытым желудочным свищом пытался утолить голод, употребляя пищу. Он, может быть, и получает приятные вкусовые ощущения, судорожно поглощая еду, но, поскольку она не достигает той части пищеварительного тракта, в которой могла бы быть усвоена организмом, пациент продолжает чувствовать голод... Таким образом, задаваясь критическими вопросами, касающимися факторов детства, ведущих к формированию склонной к зависимости личности, мы можем сказать, что, при окончательном анализе и в определенных пределах, гораздо менее важно то, что делают родители, чем то, что они собой представляют» (1977а, стр. vii-ix).

Чтобы действительно понять смысл теории объектных отношений, нужно изучить вклад в эту область трех влиятельных фигур: Маргарет Малер (1979), Отто Кернберга (1975) и Хайнца Кохута (1977b). Малер более всего известна своими работами по психологическому развитию нормальных детей. Кернберг внес основной вклад в понимание пограничной личностной организации. Кохут почти исключительно связан с пониманием и объяснением нарциссических личностных расстройств. Каждый из этих специалистов внес особый вклад в понимание зависимого поведения, хотя они не всегда сходятся во мнениях по поводу определенных нарушений. Например, Кернберг смотрит на многие, если не на все нарциссические нарушения как на присущие субъектам с пограничной личностной организацией. С другой стороны, Кохут рассматривает пограничную патологию как результат тяжелых нарциссических травм, вызванных отсутствием заботы и сочувствия других. То, что зачастую выглядит как тяжелые пограничные реакции и требования, на самом деле может являться ятрогенным эффектом неэмпатического Я-объекта. Малер избегает таких противоречий и настаивает на том, что просто описывает свои эмпирические наблюдения.

Теория нормального развития Маргарет Малер

Маргарет Малер, посвятив большую часть своей профессиональной карьеры изучению детей с серьезными отклонениями, затем увлеклась работой по анализу нормальных детей и их матерей в Нью-Йорке, в Masters Children Center. Начав в 1959 году, она и ее коллеги обустроили комнату для наблюдений, где можно было смотреть за группами детей и их матерей, которые взаимодействовали друг с другом, играли с игрушками или экспериментировали с различными возможностями сепарации от матерей. В исследовании принимали участие дети (от четырех месяцев до четырех лет) и их матери. Используя массив данных, собранных в течение многих лет, Малер начала создавать картину нормальной последовательности стадий в процессе становления личности. По сути дела, Малер исследовала феномен психологического рождения ребенка. Ее работа базировалась на теории объектных отношений, которая подчеркивала основное качество эго — стремление к первичному объекту. Это является противопоставлением традиционной теории инстинктов, в которой стремление к объекту не первично для потенциала отношений, а имеет целью редукцию влечения. Работа Малер фокусируется на интернализации межличностных отношений. Она исследовала вопрос о том, каким образом они определяют интрапсихические структуры, и как эти интрапсихические структуры сохраняют, модифицируют и реактивируют прошлые связи. Далее в этой главе мы рассмотрим воздействие интернализированных отношений на развитие психической структуры и на зависимость. Прежде всего, обратимся к обзору описанных Малер стадий нормального развития и дадим определения терминам, которые являются ключевыми для понимания ее теории.

Эго-психология и теория объектных отношений

Прежде, чем действительно понять Малер, нужно понять ее связи с теорией объектных отношений и с эго-психологией. Понятие “эго” особенно смущает тех, кто знаком только с программой “Анонимные Алкоголики” и с тем, как ее участники применяют этот термин, обсуждая выздоровление или отсутствие прогресса. В рамках АА понятие “эго” обычно используется в популярном смысле, для обозначения самовлюбленного человека с повышенным чувством собственной значимости. В изначальном понимании Фрейда это слово имеет совершенно другой смысл, и эго-психологи применяют этот термин в его первоначальном техническом значении, обозначая им ту часть души, которая осуществляет внутри личности исполнительные функции (то есть мышление, принятие решений, защитные операции и т.д.). Henry Tiebout, важная историческая фигура с точки зрения АА, поскольку он был одним из немногих психиатров, на ранних этапах поддержавших это движение, а также другом и психотерапевтом основателя АА Билла Уилсона, попытался различить два разных определения этого термина.

«Популярный взгляд на эго, хотя и не имеет под собой научной основы, тем не менее, определенно ценен в одном аспекте: он несет в себе смысл и может передать понятие так, что средний человек в состоянии его понять. Такое понятие раздутого эго обозначает общее происхождение целого ряда черт, а именно, то, что все они являются проявлением глубинного чувственного состояния, в котором личные интересы являются главнейшими и ведущими.

Существование такого эго давно было признано, но, тем не менее, путаница в терминологии сохраняется. В какой-то степени, затруднения возникают в связи с тем, что в психиатрических и психологических кругах слово «эго» используется для обозначения тех элементов психики, которые, по идее, руководят психической жизнью человека. Фрейд разделил личность на три структурных компонента: ид, эго и суперэго. Первый компонент содержит ощущение жизни на глубоком, инстинктивном уровне, третий подразумевает сознание, чья задача — сдерживать импульсы, возникающие в ид. Эго призвано действовать в качестве посредника между требованиями ид и ограничениями суперэго, которые могут быть порой излишне суровыми и предвзятыми. Работы самого Фрейда в основном были посвящены деятельности ид и суперэго. Его последователи пытаются заполнить тот пробел, который он оставил в отношении эго, но до сих пор они не пришли к каким-либо общепризнанным выводам” (1954, стр. 4).

Эго-психологи, начиная с Салливана (неофициальный наставник Ялома), больше внимания уделяли межличностным отношениям индивидов. Сторонники теории объектных отношений взяли работу эго-психологов и попытались понять, каким образом внешнее функционирование индивида отражает его внутреннее восприятие и его искажения.

«Если, например, репертуар объектных репрезентаций человека организован просто и примитивно, и содержит в себе представление о других людях либо как о бесконечно дающих, либо как о злонамеренных садистах (другие ученые называли это “объектными отношениями, удовлетворяющими потребности”), то восприятие поведения других будет выборочным и организованным таким образом, чтобы допускать только такие его варианты, которые подразумевают эти два примитивных и экстремальных переживания. Напротив, если внутренние “образы” личности включают многообразные аспекты окружающих, включая их эмпатию, ум, чувство юмора, мотивы и так далее, то в таком человеке есть потенциал для более дифференцированного и тонкого переживания других (такое явление назвали постоянством (константностью) объекта)” (Hatcher & Krohn, 1980, стр. 300).

Если человек испытывает внешние трудности в отношениях с окружающими, возникает вопрос, не связаны ли эти трудности с внутренними ментальными искажениями. Теория объектных отношений, таким образом, является менталистической психологией, направленной на поиск ответа на него. Она больше интересуется внутренней жизнью людей. Слово “объект” является техническим термином, обозначающим способность индивида поддерживать правильное ментальное представление о другом человеке, даже если он в данный момент отсутствует. Эта способность достигать постоянства объекта и сохранять неискаженную ментальную репрезентацию других является важной задачей развития, и не все способны ее выполнить. Малер попыталась понять источник таких искажений и связь между задержкой развития и постоянством объекта. Ее деятельность по исследованию этих вопросов привела ее к прослеживанию происхождения эго, или самости, в его связи с ранними отношениями с матерью. Малер рассмотрела то, что происходит с душой человека под воздействием личных отношений в “реальной жизни”. Кернберг суммировал смысл ее работ, описывая теорию объектных отношений.

“Что такое теория объектных отношений? По сути дела, это психоаналитический подход к интернализации межличностных отношений, изучение того, как они определяют интрапсихические структуры, и каким образом эти интрапсихические структуры сохраняют, модифицируют и реактивируют прошлые интернализированные отношения с другими в контексте текущих межличностных отношений.

Теория рассматривает взаимодействие между внутренним миром объектов (интернализированные отношения с другими) и актуальными межличностными взаимоотношениями индивида” (Kernberg, 1970, стр. 1).

Много лет назад Федор Достоевский интуитивно подметил и изящно описал нечто подобное:

«Знайте же, что ничего нет выше, и сильнее, и здоровее, и полезнее впредь для жизни, как хорошее какое-нибудь воспоминание, и особенно вынесенное еще из детства, из родительского дома. Вам много говорят про воспитание ваше, а вот какое-нибудь этакое прекрасное, святое воспоминание, сохраненное с детства, может быть, самое лучшее воспитание и есть. Если много набрать таких воспоминаний с собою в жизнь, то спасен человек на всю жизнь. И даже если и одно только хорошее воспоминание при нас останется в нашем сердце, то и то может послужить когда-нибудь нам во спасение. Может быть, мы станем даже злыми потом, даже пред дурным поступком устоять будем не в силах, над слезами человеческими будем смеяться и над теми людьми, которые говорят, вот как давеча Коля воскликнул: «Хочу пострадать за всех людей», — и над этими людьми, может быть, злобно издеваться будем. А все-таки как ни будем мы злы, чего не дай Бог, но как вспомним про то, как мы хоронили Илюшу, как мы любили его в последние дни и как вот сейчас говорили так дружно и так вместе у этого камня, то самый жестокий из нас человек и самый насмешливый, если мы такими сделаемся, все-таки не посмеет внутри себя посмеяться над тем, как он был добр и хорош в эту теперешнюю минуту! Мало того, может быть, именно это воспоминание одно его от великого зла удержит, и он одумается и скажет: «Да, я был тогда добр, смел и честен». (1957, стр.87).

Фрейд тоже упоминал об этом, утверждая: «Человек, который был бесспорным любимцем своей матери, на всю жизнь сохраняет ощущение победителя, ту уверенность в успехе, которая часто служит причиной настоящего успеха.» (1921, стр. 19).

Для того, чтобы полностью понять развитие внутренних репрезентаций, необходимо уяснить смысл работы Малера. Немаловажно также изучить исследования Пиаже, которые в основном были посвящены когнитивному развитию детей (Piaget, 1954). Пиаже, как и Малер, считает постоянство объектов важной стадией в процессе развития. Положите мячик перед шестимесячным ребенком, накройте мячик одеялом, и для ребенка этот мяч прекратит свое существование. Раз не видно — значит, не существует. Уберите одеяло с мяча, и вы увидите, как ребенок будет потрясен волшебным появлением объекта, который только секунду назад не существовал. Пиаже обратил внимание на то, что способность сохранять ментальное представление о мяче, даже когда он покрыт одеялом, появляется у ребенка только на более поздней стадии развития. Более развитый ребенок в таком случае станет искать мяч под одеялом, зная, что хотя мячика и не видно, он все еще существует. Тот же самый принцип действует для младенцев в их отношениях с теми, кто о них заботится. Способность ребенка понять, что мать существует даже тогда, когда ее нет в комнате, свидетельствует о том, что важная стадия постоянства объекта или, в терминах Эрика Эриксона, стадия базового доверия достигнута. Два примера помогут это прояснить.

Однажды, когда у нас в гостях была наша подруга, я и мой сын сидели с ней в гостиной, а моя жена вышла на кухню за угощением. Наша гостья была пожилая женщина, многолетняя подруга семьи. Необразованная и грубоватая, она была из тех крепких серьезных женщин, которые воспитывались в южном Кентукки. Мой двухлетний сын был занят игрой на полу в гостиной и не заметил, что жена вышла на кухню. Она что-то искала и быстро вышла в гараж, при этом стеклянная дверь громко хлопнула. Мой сын, вздрогнув от неожиданного звука, оторвался от игрушек, заметил, что мать вышла из дома, и вернулся к игре, несколько не огорченный ее отсутствием. Его реакция заставила гостью — весьма стоическую леди — уверенно заявить: «Хороший мальчик!» Несколько удивленный неожиданностью ее комплимента, я поблагодарил ее, а затем спросил, чем он был вызван. Она ответила: «Он не заплакал, когда его мать вышла из комнаты. Он хороший мальчик!»

Наша подруга этого не знала, но мой сын не испугался того, что мать ушла, потому что он уже достиг стадии постоянства объекта. Его мать могла выйти из комнаты, но, несмотря на то, что он ее не видел, она для него продолжала существовать, так как на этом уровне развития он был способен сохранять в сознании ее стабильную ментальную репрезентацию.

Однажды, когда я был стажером-психологом в поликлинике при больнице университета, ко мне на сеансы психотерапии приходила женщина, у которой в анамнезе были многочисленные госпитализации в психиатрические больницы, а также множество различных диагнозов, из которых наиболее часто встречающийся звучал как «пограничное личностное расстройство». После приблизительно 10 сеансов женщина постепенно начала испытывать беспокойство, растущее по мере того, как наша еженедельная сессия близилась к завершению. Сессия начиналась без какого-либо дискомфорта для пациентки, но когда приходило время покинуть офис, страх больно становился очевидным. Ее тревожность усилилась до такой степени, что она вынуждена была звонить мне по телефону, только спустившись в вестибюль больницы — мой офис находился на 7-м этаже. Каждый звонок заканчивался одним и тем же выражением обеспокоенности: «С вами все в порядке? Я так переживала, пока ехала в лифте, потому что думала, что с вами произошло что-то ужасное!» Убедившись, что со мной все в порядке и я все еще на месте, она быстро приходила в себя, пока на следующей неделе не повторяла ту же самую процедуру ухода из моего офиса.

Эта 35-летняя женщина, в отличие от моего двухлетнего сына, остановилась в своем развитии и не достигла стадии постоянства объекта. Мой сын не испытывал страха и паники, когда его мать покидала поле его зрения, потому что успешно преодолел эту ступень, в то время как эта женщина не в состоянии была сохранить в сознании мою ментальную репрезентацию, когда она меня не видела, и, следовательно, была подавлена страхом того, что важный в ее жизни объект потерян.

Ее тревожность возникала при мысли о том, что она от меня уходит, и увеличивалась до такой степени, что женщина не могла с ней справиться, и ей приходилось мне звонить, чтобы убедиться, что я все еще существую. Спокойных заверений с моей стороны было достаточно для того, чтобы быстро облегчить ее чувство внутреннего смутения и фрагментации.

Эти два примера отражают два противоположных состояния, которые могут проявиться в результате вмешательства в процесс развития ребенка. Прежде чем понять, какое именно воздействие оказывает потребление алкоголя и наркотиков на фиксации в процессе развития человека, необходимо рассмотреть стадии нормального развития. Хорнер (Horner, 1979) описывает этот процесс следующим образом:

“И психологическое здоровье, и психопатология могут быть поняты в терминах превратностей развития объектных отношений, с учетом связанных с ними организующих и интегрирующих воздействий. Эта последовательность начинается со стадии нормального аутизма при рождении, продолжается процессом развития привязанности вплоть до стадии нормального симбиоза, который символизируется репрезентацией недифференцированного Я-объекта. С этого момента перед ребенком встают задачи сепарации-индивидуации. Этот процесс разделяется на подфазы дифференциации, упражнения и повторного сближения, и завершается достижением идентичности и постоянства объекта. В этот момент у ребенка, и, таким образом, у того взрослого, которым он станет впоследствии, есть четкое ощущение себя и отдельного другого, способность относиться к другим как к целостным личностями, а не только как к фигурам, удовлетворяющим его потребности, и способность выносить амбивалентность без необходимости поддерживать расщепление плохой и хорошей объектных репрезентаций, с параллельным расщеплением на плохую и хорошую Я-репрезентацию. У него также появляется способность поддерживать свой внутренний нарциссический баланс, или хорошее самоощущение, за счет своих внутренних ресурсов, которые являются результатом достижения постоянства либидинозного объекта, возникающего благодаря интернализации материнских функций в структуру самости” (Horner, 1979, стр. 25).

Для тех, кто не знаком с терминологией теории объектных отношений, слова Хорнер могут показаться сложными для понимания. Для того, чтобы ее рассуждения стали понятнее, мы подробно представляем стадии нормального развития, выделенные Малер.

Стадии нормального развития по Малер

Малер составила теоретическую картину нормальных стадий развития в процессе достижения ребенком постоянства объекта, и, таким образом, становления стабильного понятия о себе (концепции Я), или цельного Я. Для того, чтобы процесс был завершен, требуется пройти через две предварительные фазы — нормального аутизма и нормального симбиоза, когда мать и младенец совместно создают фундамент для психологического рождения, или «вылупливания» ребенка. Далее следуют четыре стадии процесса сепарации-индивидуации, который достигает завершения в конце третьего года жизни. (См. рис. 6.1)

Рис. 6.1. Стадии нормального развития по Маргарет Малер



Стадия 1: Две предварительные фазы — Привязанность

1. Нормальный аутизм (0-1 месяц)
2. Нормальный симбиоз (1-4 месяца)

Стадия 2: Три подфазы Сепарации Индивидуации — Вылупливания

1. Дифференциация (5-9 месяцев)
2. Упражнение (10-15 месяцев)
3. Повторное сближение (15-24 месяца)

Стадия 3: Четвертая подфаза — Постоянство объекта

1. Консолидация Я и идентичность

Стадия 1: Нормальный аутизм

В первые месяцы жизни младенец инкапсулирован в своей психической орбите, которая служит барьером и защищает ребенка от повышенной стимуляции и излишних требований окружающей среды. Ребенок сравнительно незаинтересован во внешней реальности, поскольку ограничения психологического развития младенцев лимитируют их психологическое участие в ней. Эта стадия нормального аутизма отличается от вторичного аутизма, при котором ребенок с рождения не способен использовать свою мать как вспомогательное эго, то есть не проявляет никакого интереса к отношениям ни с матерью, ни с кем-либо еще. Малер следующим образом описывает ребенка с настоящим аутизмом: "... навязчивое стремление к сохранению постоянства, стереотипная озабоченность несколькими неживыми объектами или патернами действий, к которым он только и проявляет какие-либо признаки эмоциональной привязанности. Вследствие этого, такой ребенок выражает нетерпимость к каким-либо изменениям в своем неживом окружении... Де-ти-аутисты отличаются от органиков, а также от в основном симбиотичных детей-психотиков своей кажущейся самодостаточной удовлетворенностью — которая проявляется, только если оставить их одних. Эти аутичные дети ведут себя как всемогущие волшебники, если позволить им жить внутри статичного и очень ограниченного сегмента неживого окружения, командуя им». (Mahler, 1968, стр. 68).

Хорнер (1968) дифференцирует процесс развития привязанности у нормального ребенка от такого же процесса у аутичного следующим образом:

"При рождении ребенок находится в состоянии, которое Малер называет нормальным аутизмом. Кохут (1977), рассуждая в терминах эволюции единой структуры самости, называет этот период стадией фрагментированной самости. Малер видит в детском аутизме действие конституциональных факторов, и отмечает тот факт, что у таких детей не наблюдается позы ожидания при кормлении, они не пытаются дотянуться до окружающих и не отвечают улыбкой. То есть у них отсутствует поведение, направленное на поиск привязанности, и поэтому не существует матрицы мать/ребенок, способствующей развитию эго. Защитная или компенсаторная структура (Kohut, 1977) может способствовать более высокому уровню функционирования, но нарушение этой структуры возвращает индивида назад к основной патологии".

Аутичный младенец остается зафиксированным на этой самой ранней стадии жизни, и не совершает никакого движения к развитию привязанности. В ситуациях, когда окружающая среда явно патологична и нарушает основные организационные процессы ребенка, возможно ухудшение состояния до вторичного аутизма, хотя Малер признает, что конституциональные факторы играют в этом процессе гораздо более важную роль.

Нормальный симбиоз — Привязанность

Ко второму месяцу жизни младенец начинает смутно осознавать существование матери как внешнего объекта. У младенца в памяти начинают фиксироваться следы ее лица. Узнавание ее лица, основанное на прежних приятных впечатлениях, приводит к возникновению базовой веры в то, что ее присутствие регулярно приводит к исчезновению напряжения. Тем не менее, младенец ведет себя так, как будто он и его мать являются двуединой сущностью в общих границах. С точки зрения младенца, между ним и его матерью никаких границ не существует. Они — одно целое. На вершине этого радостного периода его жизни они инкапсулированы в симбиотической орбите. Младенец не может осознать разницу между своими собственными усилиями по снижению напряжения и усилиями его матери, предпринимаемыми ради него. В эти ранние месяцы он интернализует свою мать и использует ее как маяк, вызывающий ощущение безопасности, защиты и доверия. Резкая дифференциация между объектом и Я, плохим и хорошим, удовольствием и болью помогает ребенку в стадии симбиоза справляться с болезненными ощущениями единственным способом, который возможен при ограниченных защитных возможностях его сознания, разделяя хорошее и плохое, и проецируя плохое вовне симбиотического партнерства. Примитивный защитный процесс расщепления становится критическим элементом для понимания патологий характера взрослых пограничных пациентов, и он будет исследоваться подробнее далее в этой главе.

На этой фазе развития критической становится способность младенца привязаться к внешнему объекту. Хорнер описывает последствия неспособности младенца установить связь с другим человеком: "На самом примитивном уровне, неспособность к привязанности может повлечь за собой серьезные дефициты в ранней организации Я. Невозможность развития привязанности и достижения удовлетворяющего симбиоза, связанная с внешними факторами, например, с помещением в приют, может привести к развитию характерных нарушений, таких, как неумение придерживаться правил и испытывать чувство вины, неразборчивое дружелюбие с чрезмерной жадностью привязанности, сочетающееся с неспособностью к установлению длительных отношений. "Бесстрастному психопату" также свойственно отсутствие способности к созданию эмоциональных связей, сопровождающих привязанность.

Другая форма патологической привязанности — это привязанность посредством организации фальшивого Я. В такой ситуации настоящее, основное Я остается в свободном от привязанности состоянии, вне объектных отношений" (Horner, 1979, стр. 28-29).

В первые пять или шесть месяцев жизни ребенка, развивающегося здоровым образом, ему свойственно врожденное поведение, направленное на поиск привязанности, приводящей к нормальному симбиозу. Эту стадию характеризуют самые ранние ментальные репрезентации Я и объекта — недифференцированная репрезентация или схема Я-объекта.

Не существует ни психической, ни физической дифференциации. Это приводит нас к сути работы Малера, посвященной развитию. В это время очень важен общий выбор сигналов матерью и ребенком. Малер пишет: “Мы заметили, что младенцы подают разнообразные сигналы, указывающие на их потребности, напряжение и удовольствие. Каким-то сложным образом мать выборочно отвечает только на некоторые из них.” (Стр. 18, 1979).

Малер говорит о том, что этот взаимный обмен сигналами создает сложный патерн, который приводит к тому, что Лихтенштейн (Lichtenstein, 1961) назвал “превращением младенца в ребенка своей конкретной матери”.

Боулби (Bowlby, 1958) указывает на то, в какой степени младенец сам играет роль в определении своей окружающей среды. Матерям определенных типов малышей, с непредсказуемыми реакциями или повышенной возбудимостью, бывает сложно достаточно хорошо выполнять свои материнские обязанности. Но при этом предполагается, что к концу первого года жизни ребенка мать будет играть гораздо большую роль, чем ребенок, в определении количества и качества трансакций, которые происходят между ними.

Неспособность к привязанности ведет к возникновению ряда дефицитов в ранней организации Я. Существует деликатное и скрытое взаимодействие между конституциональными и средовыми факторами, которое определяет то, как проявят себя эти нарушения. Малер и Хорнер ясно описали детали этого процесса, далее приводится краткое описание их схемы.

Для бесстрастного (affectionless) психопата характерна неспособность создавать эмоциональные связи, которые сопутствуют привязанности.

Разрушение привязанности, вызванное разлукой и потерей, может привести к пожизненной шизоидной отчужденности. В таком случае отчуждение используется как защитный механизм против путающего действия объектных отношений.

Другая форма патологической привязанности — это привязанность через организацию фальшивого Я, которая приводит к нарциссической структуре личности.

Стадия 2: Подфазы сепарации-индивидуации

1. Дифференциация

Как бы ни было сильно стремление ребенка к привязанности, младенец постепенно начинает испытывать еще более сильное побуждение оторваться от своей матери, отделиться и начать исследовать мир. В четыре-пять месяцев младенец начинает осознавать, что мать, которая утешает, кормит и снижает напряжение, является отдельным от него существом. Это — начало “процесса вылупливания”. Вылупливание — старт психологического рождения ребенка, оно отмечает начало процесса формирования его как отдельной личности, свободной от симбиотической привязанности к материнскому объекту.

Взрослый, потерпевший неудачу в этом процессе развития, будет иметь дезорганизованное Я, переживающее распад каждый раз, когда теряет объект. Такой человек неспособен отличить внутренние ощущения от внешних впечатлений, что ведет к путанице между “я” и «не я». В экстремальных случаях внутренние стимулы путаются с внешней реальностью, что приводит к галлюцинациям и иллюзиям. Семья с запутанными взаимоотношениями, являющаяся плодородной почвой для шизофрении — прекрасный пример неспособности ребенка отделить себя от вмешательства родителей. Ситуация, когда мать сидит в кабинете психотерапевта со своим ребенком и говорит дочери: “Здесь прохладно, мне холодно, надень кофточку”, позволяет увидеть четкие признаки семьи, где нет ясных границ и отдельности чувств каждого ее члена.

2. Упражнение (практика)

Начиная с десяти-пятнадцати месяцев, фокус внимания ребенка перемещается с матери на свои собственные автономные действия. Передвижение, восприятие и обучение становятся мотивируемыми изнутри. Функционирование эго, тестирование реальности, вторичный мыслительный процесс и фрустрационная толерантность позволяют ребенку меньше полагаться на внешние объекты, и в малыше начинает развиваться самодостаточность и автономия. Подфаза упражнения (в других источниках — практики) наступает, когда ребенок начинает самостоятельно ходить, в возрасте от 10 до 12 месяцев. Теперь он стал по-настоящему физически независимым, способным свободно и гордо передвигаться.

“Усовершенствование локомоторных способностей во время ранней подфазы упражнения расширяет мир ребенка, он не только играет более активную роль в определении степени близости и отдаленности от матери, но те модальности, которые до сих пор использовались, чтобы исследовать знакомое окружение, внезапно помогают ему осознать существование гораздо более широкого сегмента реальности. Он понимает, как много еще можно увидеть, услышать и потрогать”. (Mahler et al., 1975, стр. 66).

К концу этой подфазы ребенок начинает ощущать свое всемогущество, усугубляемое детским восприятием своих способностей как магических. Он может стоять, ходить, карабкаться, прыгать и даже говорить. Он искренне верит, что является центром Вселенной! Теперь его не остановить! Ободренный своим быстрым, порой потрясающим развитием в последние несколько месяцев, ребенок начинает верить, что весь мир на самом деле у него на ладони. Нормальная грандиозность и первичный нарциссизм являются здоровыми фазами развития ребенка, свойственными данной стадии.

Тем не менее, эта раздутая и всемогущая репрезентация является ядром грандиозного Я, которое может быть выражено затем в крайней самовлюбленности или патологическом нарциссизме во взрослой жизни, если процесс развития ребенка нарушается недоступностью, навязчивостью или невниманием Я-объектов.

Хорнер считает возникновение грандиозного Я результатом сложностей при прохождении стадии упражнения. Она утверждает следующее: «Такая раздутая, всемогущая репрезентация Я-объекта — ядро грандиозного Я, которое наблюдается при патологическом нарциссизме, будь то случай пограничного состояния или нарциссического расстройства личности. Проблемы дальнейшего развития связаны с той степенью, в которой значительные аспекты Я ассимилированы в грандиозную Я-структуру, и, таким образом, недоступны для бесконфликтного функционирования, или каким-либо другим способом отделены от основного потока нормального созревания.

Когда автономные функции ассимилированы в патологическую грандиозную структуру Я, они уже не способны привести к достижениям в реальной жизни, способствующим развитию здоровой самооценки, основанной на реальности.

Грандиозное Я может быть манифестацией структурной патологии, наступившей в этот момент раннего развития, или оно может возникнуть вновь в качестве защитного механизма у более развитой личности при возникновении угрозы его самооценке. (Horner, 1979, стр. 32)».

Любой человек, работающий с алкоголиками и наркоманами, знает, что эгоизм и грандиозность — важные темы в процессе лечения. Воздействие исследований Малер на лечение алкоголизма и наркомании будет подробно исследовано далее в этой главе.

3. Повторное сближение (rapprochement)

К концу подфазы упражнения ребенок достигает все большего понимания своей отделенности от матери, и ее отделенности от него. В этот момент ребенок только начинает проходить через кризис своего второго рождения. Находясь на вершине всемогущей грандиозности, малыш вылетает из дома во всей своей славе, несется по дороге, чтобы завоевать весь мир, и вдруг спотыкается, падает и царапает коленку. Внезапно ему становятся очевидными его уязвимость и бессилие и, несомненно, он сталкивается с разочарованием. Коленка у него болит, из ссадины идет кровь. Ситуация усугубляется тем, что матери поблизости не видно. Ребенок в возрасте от 18 до 24 месяцев начинает переживать кризис повторного сближения.

Он начинает испытывать беспокойство в связи с острым осознанием своей отделенности и беспомощности. Фрустрация закрепляется в его сознании, и агрессия становится интернализированной. Его опыт в реальности противоречит его переоценке своего всемогущества. Его самооценка начинает понижаться, и теперь он уязвим для стыда. По мере того, как он начинает четко осознавать свои ограничения, он проходит через процесс когнитивной и аффективной децентрализации. Это происходит в то время, когда когнитивное, моторное и эмоциональное развитие позволяет ему достичь осознания Я. Он приходит к пониманию того, что причины и события существуют вне его, независимо от его потребностей и желаний. Он переживает потерю всемогущества, и хочет вернуться в безопасные объятия матери.

Фаза повторного сближения становится периодом противоречий. По мере того, как ребенок осознает свою отделенность, он разрабатывает стратегии, помогающие ему предотвратить это осознание и сохранить тесный контакт. Такое мятущееся поведение становится особенно очевидным, когда ребенок хочет воссоединиться с объектом своей любви, но при этом боится быть поглощенным им. Амбивалентность ребенка в отношении близости и зависимости является источником фрустрации и для родителя. Ребенок вошел в возраст «ужасных двух лет» которого так боятся и который так оплакивают все родители. Как пожаловалась одна мать:

«Я не знаю, что делать с этим маленьким негодяем! Раньше он был счастлив, играя отдельно от меня. Теперь он плачет, требуя моего внимания, а когда я беру его на руки, он меня отталкивает. Я не знаю, чего он хочет!»

С точки зрения развития, ребенок пытается утвердить свою отдельность и самостоятельность. Он может не знать, чего он хочет, говоря слово «нет», но он знает, что, произнося это слово, он отделен от своей матери. Мать обязательно будет испытывать растерянность, пытаясь понять фрустрации ребенка во время этой фазы развития. Это ведет к тому, что ребенку опять становится сложно переносить агрессию в себе и в других людях.

Monte обобщает проблемы, которые этот конфликт ставит перед ребенком: «С точки зрения развития это, фаза повторного сближения может быть критической для способности ребенка интернализировать конфликт и примирить противоречия между «совершенно хорошей» и «совершенно плохой» матерью. Хорошая мать — это тот человек, который принес в его жизнь все удовольствия, всю безопасность, все тепло и всю близость. В фазе симбиоза этот «хороший объект любви» рассматривался ребенком как часть его самого. Но теперь растущая психологическая умудренность ставит его перед серьезным конфликтом. Матери неизбежно имеют свои темные стороны. Иногда мать фрустрирует ребенка в удовлетворении его потребностей, или причиняет боль, она бывает равнодушна или озабочена чем-то другим, или — самый худший из недостатков — иногда она вовсе отсутствует.

Для вновь формирующегося эго ребенка “хорошая мать” и “плохая мать” не могут быть одним и тем же объектом любви. Та, которая так долго была частью меня, не может быть плохой; при этом невозможно отрицать тот факт, что мать не может быть всегда хорошей. Если хорошая мать и плохая мать являются одним и тем же человеком, то я тоже должен иметь в себе что-то плохое. А это невозможно, поскольку я полностью хороший.

Ребенок, находящийся в фазе повторного сближения, может применить защитный механизм, называемый “расщеплением” эго и состоящий в том, что ребенок имеет дело с противоречивыми объектами любви, обращаясь с ними в стиле “все или ничего”. Таким образом, мать не может быть одновременно плохой и хорошей. Существует хорошая мать, и существует плохая мать. Хорошая мать является объектом любви, интернализированным как часть собственного нарциссического эго ребенка в фазе симбиоза. Плохая мать экстернализуется, проецируется во внешний мир, вовне меня, туда, где находятся все приносящие боль и угрожающие мне объекты”. (Monte, 1980, стр. 211-212).

На Рис. 6.2 показана схема этого процесса развития, а также отражены сложности, которые могут возникнуть из-за применения защитного расщепления.



Как пишет Каплан (Kaplan), постоянство объекта требует эмоционального принятия идеи, что все мы не святые и не демоны, а цельные люди, способные как на любовь, так и на ненависть. Будучи способным объединять или интегрировать такие полярные чувства, индивид получает ощущение личностной целостности. Когда постоянство объекта слабо, единственный способ защитить хорошую, дорогую ребенку часть Я от негативных или нежелательных аспектов Я — это подавить или отщепить эти аспекты. В результате становится невозможным признать целостность своего Я или других людей. Человек просто избавляется от другого, как от нежелательного объекта, если тот его разочаровал. Он даже не сможет вспомнить его предшествующие хорошие поступки, а будет помнить только самый последний негативный опыт.

По мере того, как ребенок разрешает кризис повторного сближения с помощью “достаточно хорошей матери”, он начинает лишаться ощущения своего всемогущества без излишней тревоги или стыда, и интегрирует плохое и хорошее в одно единое целое. Таким образом, ребенок вступает в последнюю фазу — постоянства объекта, интеграции идентичности и развития спаянного (когезивного) Я. Малер пишет: “К восемнадцати месяцам ребенок оказывается на самом пике процесса привыкания к постоянно переживаемой физической отделенности от матери. Это совпадает с когнитивным и перцептивным достижением постоянства объекта, говоря словами Пиаже. Именно в это время его сенсомоторный разум начинает превращаться в истинный репрезентативный разум, и начинается очень важный процесс интернализации, в понимании Harman — очень постепенно, через идентификации эго». (Mahler, 1968, стр. 21).

Стадия 3: Постоянство объекта

К концу второго и в течение третьего года жизни ребенок становится способен достичь достаточной степени эмоционального постоянства объекта. Выполнены три основные задачи.

Такие дети способны сохранять внутренний ментальный образ матери даже в ее отсутствие. Это ощущение благополучия возникает от того, что ребенок интернализировал свою “достаточно хорошую” мать и хорошие Я-переживания. Опираясь на эти положительные образы, ребенок может функционировать как отдельное Я, даже если он рассержен, фрустрирован или остался один.

Достигнута сепарация и индивидуация. Кохут, который рассуждает в терминах когезивной структуры Я, называет это становлением ядерного Я. Кернберг видит в этом процесс, с помощью которого достигается интеграция идентичности.

Бубер описывает это как возникновение отдельного «Я», которое необходимо для того, чтобы человек мог вступать во взаимоотношения «Я-Ты». Фальшивая организация Я, или «как будто личность» по Винникотту, не является преобладающей. По выражению Сартра, устанавливается аутентичное Я.

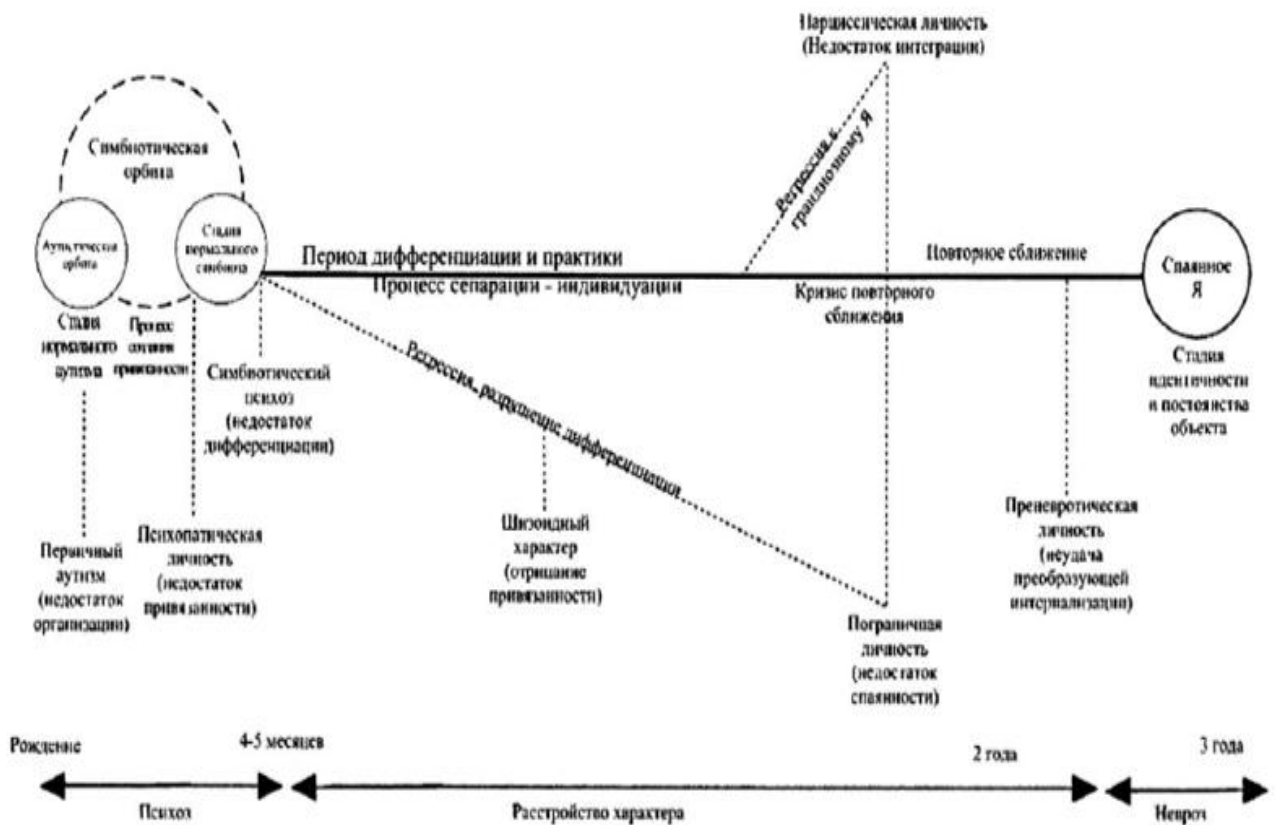
Продолжается развитие психической структуры. Окончательный переход к установившейся отдельной идентичности обеспечивает способность регулировать собственный нарциссический баланс за счет внутренних ресурсов Я. По выражению Кохута, достигается преобразующая интернализация. Индивид становится способен успокаивать и утешать себя сам. Ему больше не нужно для этого полагаться на внешние Я-объекты или внешние источники удовлетворения (то есть на алкоголь, наркотики, секс, еду, возбуждение) для того, чтобы избавиться от болезненных аффективных состояний. Психическая структура адекватно приспособлена к этому путем ассимиляции материнских функций в Я-репрезентацию. (См. Рис. 6.3)

Рис. 6.3.



Ниже приведенная диаграмма (рис. 6.4) обобщает парадигму развития и является модификацией ранее представленной Хорнер (1979).

Рис. 6.4. Стадии развития объектных отношений и соответствующие патологии



Как мы уже говорили, исследования Малер имеют огромное значение для понимания взаимосвязи зависимостей и развития и становления психической структуры. Малер обращает особое внимание на требования, связанные с развитием и адаптацией, с которыми ребенок должен справиться в течение первых трех лет своей жизни. Схема Хорнер (рис. 6.4) помогает нам понять соотношение этого процесса развития с психозом, расстройствами личности и неврозами. Мы привели общие положения теории нормального развития по Малер, начиная с самых ранних фаз достижения гомеостаза и удовлетворяющей потребности привязанности, через последовательные фазы сепарации, индивидуации и способности к ментальной репрезентации (то есть, постоянству объекта). После того, как ребенок успешно проходит эти стадии развития, у него формируется спаянное, или когезивное Я, в терминологии Кохута. Если ребенку не удастся построить психическую структуру, которая закладывается в процессе развития когезивного Я, существует гораздо больший риск развития личностной патологии и аддикции. Ханзян и Трис (Тгеесе) обобщают эту точку зрения утверждением, которое напрямую связывает структурный дефицит и зависимость. Они подчеркивают то,

“... как оптимальная забота среды (в основном представленной матерью) способствует адекватному прохождению младенцем этих стадий и ведет к развитию стабильных структур эго и способности справляться с влечениями и объектными отношениями. В той степени, в которой человек депривирован или избалован в процессе развития, варьируют уровни ослабленности эго, и в дело вступают наркотики, чтобы компенсировать и заместить пробелы и дефекты развития”. (Khantzian & Tgeese, 1977, стр. 73).

Такая позиция ясно устанавливает алкогольную и наркотическую зависимость в ряд структурных дефицитов, обычно наблюдаемых при расстройствах личности.

Ханзян выражает данную позицию следующим образом: “За последние двадцать лет был собран ряд доказательств, демонстрирующих значительную степень взаимосвязи между психопатологией и наркотической зависимостью. Тем не менее, этиологическая связь или отношения между патологией и зависимостью не так очевидны. Недавний прогресс в исследованиях, с использованием стандартизированных диагностических подходов в психиатрии, а также переход в психоанализе от теории влечения, или инстинкта, к большему акценту на адаптацию, развитие и структурные (эго и Я) факторы, привели к новым открытиям и перспективам объяснения связи между психологическими нарушениями, дисфункциями и злоупотреблением наркотиками.

Хотя злоупотребление наркотиками очевидно приводит к психологическим дисфункциям и даже психиатрическим нарушениям, психиатрические и психодинамические изыскания также показывают, что те, кто злоупотребляет наркотиками и алкоголем, предрасположены к зависимости от наркотиков потому, что они страдают от психологических нарушений и болезненных аффективных состояний. Их недомогание и страдания являются последствиями дефектов в эго и Я, в результате которых такие люди неспособны регулировать и модулировать свои чувства, самооценку, взаимоотношения и поведение”. (Khantzian, 1985, стр. 1).

Учитывая выводы, к которым подводит нас это заявление, важно исследовать разработанные Кохутом и Кернбергом описания нарциссических и пограничных личностных расстройств.

Пограничная личностная организация и патологический нарциссизм

Не все согласны с мнением, что типичные аддиктивные личностные характеристики устанавливаются до того, как у пациента развивается зависимость. Тем не менее, Хартоколлис (Hartocollis, 1964) представляет доказательства того, что эти личностные характеристики можно обнаружить у пациентов, которые ранее страдали от зависимости, после продолжительного периода абстиненции, в особенности, если эти лица не прошли через сеансы психоанализа. Позиция Хартоколлиса — явный пример извечной полемики о том, является ли патология личности результатом или причиной зависимости. По всей вероятности, верны обе позиции. Конечно, существуют зависимые пациенты, у которых стоит двойной диагноз — и личностной патологии, и зависимости. Есть такие, которые демонстрируют признаки нарциссического расстройства или пограничного состояния из-за стресса, которому подвергается их психологическая система в связи с их злоупотреблением алкоголем или наркотиками. Ведущему группы может быть важно поставить дифференциальный диагноз, поскольку такое различие имеет большое значение для лечения. Тем не менее, существуют общие лечебные рекомендации, которые показывают, что способы лечения пограничных личностных расстройств, предлагаемые Кернбергом, согласуются с системой терапии, рекомендуемой программой “Анонимные Алкоголики”, а также лечебным подходом сторонников концепции заболевания. Эти общие аспекты будут изложены далее в этой главе.

Хартоколлис и Хартоколлис (1980) подытоживают свою позицию в следующем абзаце, который подчеркивает разрушительный эффект, причиняемый алкоголем и наркотиками психологическому функционированию.

“Алкоголикам удается довольно долгое время создавать видимость совершенно нормального функционирования. Нарциссические черты личности, obsessивные защитные механизмы и массивное использование отрицания обеспечивают им прикрытие самообмана, которое изолирует их от близкого личного контакта с людьми, от которых они зависят, но которым не могут доверять. Они чувствуют себя опустошенными и разгневанными, что весьма похоже на людей, обладающих “как-будто личностью”, но с точки зрения окружающих, они вполне приятны в общении и действуют адекватно.

Тем не менее, постепенно, по мере того, как кумулятивное воздействие внутренних и внешних фрустраций снижает эффективность защитных приспособлений, уровень их функционирования начинает снижаться. Чтобы сохранить свое сомнительное эмоциональное равновесие, они прибегают ко все большему количеству алкоголя, который способен укрепить и усилить отрицание, но не уровень их деятельности, продолжающий снижаться, делая их пограничную патологию все более очевидной” (1980, стр. 99).

Тот факт, что человек страдает от зависимости, показывает, что его основные защитные механизмы ослаблены на одном уровне, но усилены на другом. Наркотики и алкоголь заменяют их для человека, чьи основные ментальные механизмы потеряли свои возможности адаптации. Хотя наркотики и алкоголь обеспечивают временное облегчение от психической боли, их разрушающее воздействие на мозг приводит к задействованию еще более примитивных защитных операций, таких, как отрицание, расщепление, проективная идентификация и грандиозность. Вторичные защитные механизмы, таким образом, воздвигаются в контексте вытеснения посредством употребления алкоголя и наркотиков, что приводит к возникновению поверхностных, хрупких и неадаптивных форм — реактивных образований и обсессивности. Эти защитные действия направлены на предохранение индивида от невыносимых аффектов, возникающих в связи с потерей чувства собственной ценности, что приводит к повышенной уязвимости и ранимости в отношении нарциссических травм.

Такой процесс развития делает более сложным различие нарциссического и пограничного расстройств. Это тем более проблематично, что различие между этими двумя состояниями не всегда четко определяется в литературе. Фактически, пограничный, по мнению Кернберга, пациент, возможно, Кохутом будет рассматриваться как нарциссический. Кернберг считает, что большая часть нарциссических индивидов, если не все они, имеет одинаковую пограничную организацию личности.

С другой стороны, с точки зрения Кохута, многие пациенты с диагнозом пограничного расстройства на самом деле страдают от нарциссического расстройства самости. Часто встречающиеся в литературе поведенческие патологии, свойственные пограничным пациентам (т.е. гневные реакции, расщепление, проективная идентификация), на самом деле являются результатом нарциссических травм, нанесенных недостаточным эмпатичным терапевтом.

Пограничная патология по Кернбергу

И Кохут, и Кернберг разрабатывали вопрос о том, каким образом нарушения раннего развития ребенка, в особенности связанные с потребностями в кормлении и зависимости, ведут к проблемам с интеграцией идентичности и со становлением когезивного Я. Хотя оба исследователя указали на то, что наличие нарциссической и пограничной патологий предрасполагает определенных индивидов к аддикции, ни один из них не исследовал подробно связь таких нарушений с патологической зависимостью. Прежде, чем осуществить попытку такого исследования, хотелось бы привести определение пограничных личностных характеристик.

В DSM IV приводятся критерии постановки диагноза пограничного расстройства личности. Если у пациента наличествуют пять из этих восьми элементов, высока вероятность того, что данный пациент страдает от личностной патологии, которую описывает Кернберг. Кроме того, важно будет четко определить, какие из этих характеристик являются результатом длительного злоупотребления алкоголем и наркотиками. Конечно, любой, кто когда-нибудь работал с алкоголиками, обнаружит эти черты в большинстве, если не во всех алкоголиках, находящихся в состоянии острой интоксикации. Ниже приводится схема (EAASSIII, P.S.), которая поможет терапевту группы понять эти разнообразные личностные характеристики.

E (Emptiness & Boredom) — Пустота и скука; в особенности если эти ощущения относятся к Я пациента, а также отсутствие ясных ценностей и целей в жизни.

A (Affective Instability) — Аффективная нестабильность; в особенности, резкие перемены настроения, импульсивность и непредсказуемость.

A (Anger) — Гнев; в частности, ярко выраженные реакции гнева и ярости.

S (Stable Instability) — Стабильная нестабильность; в частности, в межличностных взаимоотношениях, которым свойственна напряженность и нестабильность.

S (Self-Destructive) — Самодеструктивность; вызванная глубоким отвращением к самому себе и развитием наказующего суперэго, что приводит к тому, что пациент причиняет себе вред (т.е. попытки самоубийства, нанесение себе травм и т.д.)

I (Identity Confusion and Diffusion) — Спутанная и диффузная идентичность; недостаточная интеграция.

I (Impulsivity) — Импульсивность; особенно это касается резких выходов и употребления алкоголя и наркотиков.

I (Intolerance of Being Alone) — Неспособность оставаться в одиночестве.

P (Psychotic Symptoms) — Психотические симптомы, возможны микро-психотические эпизоды, после которых пациент быстро приходит в себя.

S (Superficial Adaptation) — Поверхностная адаптация; способность взаимодействовать лишь на поверхностном и социальном уровне.

Поскольку многие из этих характеристик и защитных механизмов похожи на защиты низшего уровня и черты, обычно наблюдаемые у активных алкоголиков и наркоманов, многих из них можно считать пограничными, в особенности в том, как они реагируют на традиционную психотерапию. Многие психотерапевты, стоящие на позиции теории объектных отношений, не смогут понять воздействие, оказываемое алкоголем и наркотиками на поведение зависимого пациента, и в процессе лечения будут концентрироваться на пограничной структуре его личности. Во многих случаях на это необходимо обратить внимание. Вероятность успешного вмешательства повышается, если можно добиться абстиненции.

Кернберг приводит особые рекомендации для лечения пограничной патологии, которые очень важны, поскольку его подход не противоречит идеям программы АА. В частности, Кернберг рекомендует скорее поддерживающую психотерапию, чем ориентированную на инсайт психоаналитическую или собственно психоанализ. Его рекомендации особенно полезны в период, когда алкоголик или наркоман недавно прекратил употребление химических препаратов.

Поддерживающая психотерапия по Кернбергу

Кернберг считает, что поддерживающая психотерапия предпочтительна для пограничных пациентов, поскольку у них очень искаженные представления о других, и они не обладают ясной Я-концепцией (спутанная идентичность). Их объектные отношения очень скудны, и они обычно имеют тенденцию разделять окружающих на только хорошие и только плохие объекты. Они также не способны вынести регрессию, которая вызывается технической нейтральностью аналитика. Следовательно, им необходим активный психотерапевт, который намерен конфронтровать и прояснять их поведение. (Kernberg, 1984).

В прошлом поддерживающую психотерапию критиковали за то, что она не имела четкого определения. Многие профессионалы рассматривали ее как “аренду друзей”. Кернберг, прекрасно осведомленный об этой критике, приводит описание процесса лечения, который требует для своего применения трех компонентов.

- 1.Прояснение и Конфронтация
- 2.Поддержка и контейнирование одновременно:
 - а) Аффективных компонентов
 - б) Когнитивных компонентов
- 3.Вмешательство в окружение

Прояснение и конфронтация

Психотерапия пограничного пациента требует активного психотерапевта, который постоянно указывает на противоречия в поведении пациента, в особенности на различия между тем, что он говорит и что делает. На прошлое пациента обращается мало внимания до тех пор, пока не будет твердо установлена реальность настоящего. Конфронтация, однако, не означает гневных нападков на пограничного пациента в унижительной и критической манере, поскольку это только нанесет нарциссическую травму и вызовет примитивные чувства инфантильной ярости. Скорее, ему следует ясно и твердо указать на противоречия в его поведенческих проявлениях, без критики и в поддерживающей манере. При этом наблюдаемые противоречия должны оставаться в настоящем времени, поскольку таким пациентам чрезвычайно сложно отличать прошлое от настоящего. Прежде, чем обрести способность реалистически исследовать прошлое, пациент должен четко осознать свое настоящее. Преждевременные конфронтации, касающиеся прошлого, только приведут к усугублению защитных искажений, поскольку при этом активизируется неразряженный гнев на несправедливости, перенесенные пациентом в прошлом, и возникает страх, что он снова не понравится и будет отвергнут. Кернберг приводит отличный пример негативных последствий преждевременной конфронтации пограничного пациента.

“Во время третьей встречи пациент пожаловался, что Кернберг был злобен, садистичен и пытался его контролировать. Тот в ответ заметил, что пациент описывал его теми же словами и воспринимал в таком же свете, что и свою мать, а именно, как злобного, ожесточенного и нелюбящего. Кернберг спросил: “Может ли такое быть, что вы видите во мне подобие своей матери?” Пациент сразу же согласился и добавил: “Да, не везет — так не везет, после такой матери напоролся еще и на такого же психоаналитика”. (Kernberg, 1985)

Поддерживающая психотерапия

Подход Кернберга к психотерапии пограничных пациентов требует двух компонентов. Терапевт должен предоставлять и эмоциональную, и когнитивную поддержку. Это не означает, что он должен только постоянно ободрять пациента. Эмпатию, ключевой элемент в поддерживающем подходе, не следует путать с симпатией. В представлении Кохута, эмпатия требует от терапевта настройки на чувства пациента, как положительные, так и отрицательные. Аффективная и эмоциональная поддержка требует похвалы, ободрения и сопереживания. На начальной стадии лечения пограничный пациент нуждается в активном терапевте, который будет принимать в нем участие и взаимодействовать с ним. Большое значение также имеет когнитивная поддержка. Она подразумевает предоставление пациенту советов время от времени, в особенности, если он напрямую просит об этом.

Это также означает, что терапевт будет предоставлять информацию, которая поможет пациенту интерпретировать свое поведение и реальность. Тем не менее, Кернберг предостерегает терапевтов, чтобы они не брали на себя излишний контроль над пациентом и не вызывали слишком идеализированного переноса. Именно в области когнитивной и эмоциональной поддержки групповая терапия и программа АА обеспечивают важнейший компонент в лечении, с меньшим риском компрометации позиции терапевта и терапевтических отношений.

Вмешательство в окружение

Кернберг считает, что терапевт должен активно вмешиваться в жизнь пациента, как в течение сессии, так и вне ее. Внешняя интервенция требует, чтобы терапевт проводил беседы с семьей пациента, а также на месте его работы или учебы. Необходимо создать и способствовать функционированию систем поддержки (группы, АА и т.д.). Кернберг уверен, что это крайне важно, поскольку пациент, возможно, продолжает разрушать свою жизнь вне кабинета врача, в то самое время, пока терапевт методично и тщательно пытается его понять. Хотя такое понимание является необходимым и, порой, медленным процессом, он не должен осуществляться за счет повседневной жизни пациента только потому, что терапевт не хочет поступаться своей позицией технической нейтральности. Требуя от пограничного пациента, чтобы он посещал встречи АА, беседуя с его работодателем и проверяя, вовремя ли он приходит на работу, терапевт осуществляет важные шаги в процессе лечения, которые помогут пациенту выжить, пока он приходит к пониманию себя и значения своего поведения. Интервенция также необходима и на терапевтическом сеансе. Нужно пресекать выходы пациента, как во время занятий группы, так и вне их. Это требует установления границ, конфронтации и прояснения. Необходимо идентифицировать и анализировать искажения переноса. Очень важно помочь пациенту в понимании своих разрушительных способов общения с членами или с ведущим группы, которые повторяют способы, применяемые им с людьми вне группы. Консенсуальная валидация со стороны группы может быть критическим компонентом выздоровления. Кернберг предупреждает, что прежде, чем исследовать прошлое, необходимо прояснить внешнюю реальность настоящего. Он приводит великолепный пример интервенции, примененной на терапевтической сессии.

“Кернберг описал пациента, который курил во время сессии, стряхивал пепел на ковер и бросал окурки через всю комнату, яростно возмущаясь толкованием своего поведения со стороны терапевта. Мужчина соглашался с интерпретациями Кернберга и отвечал ему с широкой улыбкой на лице: “Да, я понимаю, что это способ проявления неуважения к Вам, и да, я также согласен, что это очень похоже на мои чувства в отношении моего отца”. Тем не менее, поведение пациента не менялось, и он продолжал бросаться окурками. Удовольствие, получаемое пациентом от своих выходов, было для него источником самоудовлетворения, и, вследствие этого, чем-то более важным, чем его мотивация к изменению. В конце концов, Кернберг сказал ему, что прекратит сессию, если он будет продолжать стряхивать пепел на пол и бросать окурки. Услышав это заявление, мужчина немедленно бросил окурки в угол кабинета. Кернберг встал и попросил его покинуть кабинет. Пациент отказался это сделать, и терапевт пригрозил вызвать службу безопасности, если он не покинет кабинет в течение 20 минут, когда на прием должен прийти следующий больной. Пациент разозлился и заявил, что “Такое поведение не к лицу психоаналитику”. Кернберг настоял на своем, и пациент покинул его офис. На следующей сессии, в приступе аффекта, пациент вновь бросил окурки через весь кабинет. Кернберг опять его выставил. На следующей сессии пациент не стал бросать окурков, но гневно напал на терапевта за то, что тот так жестоко и безжалостно поступил с ним. Кернберг исследовал последствия поведения этого человека во время дальнейших сеансов. Он показал пациенту, каким образом тот его провоцировал на такое поведение. В общем и целом, пациенту было сказано: “Ты зол и жесток по отношению ко мне. Ты отрицаешь, что зол и жесток, и ведешь себя со мной так, что и я становлюсь злым и жестоким с тобой. Затем ты обвиняешь меня в том самом поведении, которые ты отрицаешь у себя”. То есть, была проинтерпретирована проективная идентификация пациента. В течение этого процесса последний продолжал демонстрировать нежелание обсуждать значение своего поведения. Терапевту пришлось повторно настаивать на том, чтобы их взаимодействие было исследовано. Пациент возражал в манере, которая выражала согласие без понимания. “Послушайте, я же перестал бросать окурки! Почему вы продолжаете бить лежачего?” — такое возражение препятствовало тому, чтобы индивид действительно понял то, каким образом его поведение воздействовало на других”. (Kernberg, 1983) Ключевым для Кернберга является настояние на том, чтобы конфликт был до конца исследован, прежде, чем забыть о нем. Необходимо завершить процесс прояснения, иначе опыт пациента не будет интегрирован. В таком случае, пациент воспримет свой конфликт с терапевтом как очередной пример того, как люди не любят его и обращаются с ним злобно и садистически. Межличностные искажения и объектные отношения не могли быть изменены, пока Кернберг не настоял на их исследовании и понимании.

С этой точки зрения, терапия включает в себя три ключевых этапа:

- 1.Прояснение поведения. “Вот, что вы делаете со мной”. Конфронтация искажений в поддерживающей, твердой и заботливой манере.
- 2.После того, как пациент полностью осознает, что он делает, необходимо получить консенсуальную валидацию от группы и показать, как он делает то же самое с другими людьми. Предоставьте ему поддержку, как когнитивную, так и эмоциональную.
- 3.Поощрите его действовать по-другому с людьми вне терапии.

Нарциссическое личностное расстройство

Нарциссизм часто ошибочно воспринимается другими как чрезмерная поглощенность собой и самовлюбленность. На самом деле, это расстройство представляет собой попытку человека создать внешнюю само-презентацию — возбуждающую, важную и признанную — потому, что он лишен устойчивого ощущения того, кто он есть на самом деле, внутренне. Фильм Вуди Алена “Zelig” — хороший пример того, как человек, лишенный твердой сердцевины идентичности, вследствие этого поддается социальному и товарищескому давлению. Зелиг — хамелеон. В фильме он не только действует и думает в соответствии с тем, кто его окружает, но постепенно начинает изменять свой внешний физический облик, чтобы походить на них. В компании полных людей он начинает раздуваться. С неграми его кожа темнеет, а с азиатами его глаза становятся уже. Жизнь и выживание Зелига зависит от его способности имитировать окружающих и добиваться их одобрения. Хотя фильм можно рассматривать как метафору социального давления и потери автономии, сам Зелиг является примером серьезного нарушения. Если быть точнее, он представляет категорию людей, которым ставится диагноз нарциссического личностного расстройства.

Для того, чтобы понять эту личностную патологию в более объективной перспективе, необходимо исследовать ее диагностические критерии. В DSMIII перечислены восемь параметров, обычно наблюдаемых при нарциссическом расстройстве личности. Важно заметить, что хотя эти характеристики являются часто наблюдаемыми чертами, они не отражают всю сложность нарциссизма, как его описывает Кохут.

1. Грандиозное чувство собственной важности, которое часто сменяется ощущением своего ничтожества.

2. Поглощенность неограниченным чувством могущества собственного Я; особенно в связи с молодостью, внешностью, красотой и успехом. Потребность появляться в обществе только с нужным человеком и готовность к зависти.

3. Эксибиционистская потребность в постоянном внимании, желание восхищения и признания.

4. Холодное безразличие или гнев и унижение в ответ на критику.

5. Ощущение себя Имеющим Право; требования к другим без взаимности.

6. Эксплуатация других; неуважение к целостности и правам окружающих.

7. Перепады между безудержной идеализацией и обесцениванием других.

8. Отсутствие эмпатии; нечувствительность и неспособность распознать чужие чувства.

Конечно, нарциссизм с этой точки зрения является патологическим состоянием. Такие люди не только переживают большие трудности во взаимоотношениях с окружающими и с обществом в целом, но они обычно очень перегружены и совершенно не удовлетворены собой. Однако, Кохут рассматривает нарциссизм как нечто, имеющее гораздо более сложную динамику. Согласно его определению, нарциссизм является компенсаторной структурой, выстроенной индивидом из-за депривации, перенесенной им в детстве. Нарциссизм во многом является силой, предохраняющей Я и помогающей ребенку восстановиться от повторяющихся нарциссических травм, которые наносит ему фрустрирующий мир и дисфункциональная семейная система. Более того, нарциссизм становится внутренней системой регуляции, которая помогает ребенку адаптироваться к окружающей среде, которая слишком мало сочувствует его стараниям восстановиться после потери ощущения всемогущества. Таким образом, взгляд Кохута на нарциссизм определяет это расстройство как движущую силу, ответственную за становление Я и за повышение самооценки, и как стража, охраняющего целостность Я-концепции. Основной задачей этой силы является нахождение смысла и придание ценности жизни ее обладателя. В описании значения нарциссизма для всего человечества Кохут идет дальше, чем DSM IV. Он предупреждает, что все мы сталкиваемся с проблемой нарциссизма. Не только наркоманы и алкоголики должны бороться со своей тенденцией к самовлюбленности, грандиозности и обидчивости, у всех нас есть стремление считать себя центром вселенной. По этой причине мы можем впасть в заблуждение, что мы являемся особыми и уникальными, отказываясь признать собственную посредственность и ограниченность. Эта тема будет более подробно обсуждаться в Главе 7, где исследуются философские и психологические корни проработки “Анонимные Алкоголики”. На данный момент достаточно будет понять то, что объяснение зависимости, представленное Кохутом, важно, поскольку оно вносит вклад в лечение химической зависимости, и является моделью, которая во многом совместима с моделью АА. Кохут пытается помочь нам взглянуть на свою самовлюбленность и на то, каким образом наш отказ принять ограничения в своей жизни приводит не только к аддикции, но и к огромному количеству других социальных, духовных и психологических трудностей.

По ту сторону Эго: теория Самости (Я) Хайнца Кохута

Работа Хайнца Кохута с пациентами, чье основное расстройство включало в себя чувство пустоты и депрессию, является во многом продолжением наблюдений Маргарет Малер, касающихся корней индивидуальности в развитии ребенка. Кохут считал необходимым расширить психоаналитическую теорию за пределы существующей концепции Эго так, чтобы можно было понять нарциссическую уязвимость пациента в терминах неадекватно сформировавшегося или поврежденного чувства Я.

Так же, как и Малер, Кохут подчеркивает критическую важность матери для возможности развития внутренних ментальных структур, обеспечивающих самоконтроль и последующее развитие здоровой индивидуальности и отдельности. Кохут подчеркивает, что ядерное Я ребенка формируется в младенческом возрасте и включает в себя его фундаментальную самооценку, идеалы и амбиции. Взаимоотношения с матерью позволяют объединить различные структуры, влечения и конфликты психического аппарата в интегрированное ощущение своего Я. Тем не менее, формирование ядерного Я не связано с открытыми похвалами и упреками. Скорее, имеет значение эмпатический, невербальный, интуитивный ответ матери на нужды ребенка и атмосфера, которую она создает для валидации его здоровых устремлений. Именно они интегрируют или фрагментируют ядерное Я. Ядерное Я является биполярным, оно организовано на основе двух опорных пунктов — идеалов и амбиций. В своей заключительной работе Кохут (1984) включил в этот список третий компонент самости, который подразумевает созревание потребности в альтер-эго, или в двойнике (twinship needs) (см. Рис. 6.5).

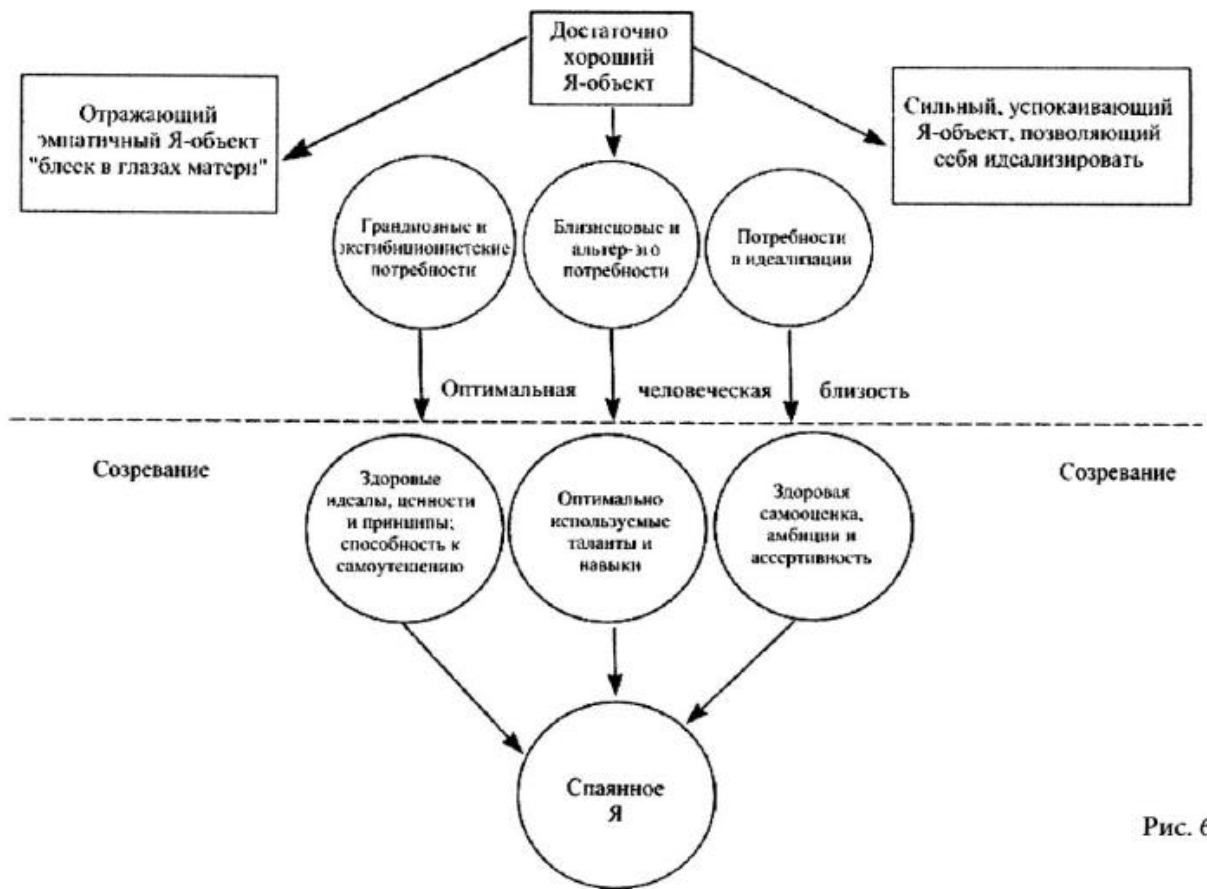


Рис. 6.5

Для того, чтобы понять вклад Кохута в лечение зависимостей и нарциссизма, необходимо усвоить некоторые из его ключевых понятий. Будут также представлены важные дополнения, сделанные другими теоретиками объектных отношений. Помимо работ Винникотта (Winnicott, 1965), теоретические взгляды Фэйрберна (Fairbairn, 1952) и Гантрипа (Guntrip, 1971) помогут найти альтернативные объяснения личностного развития, которые имеют важное применение к аддикции и ее лечению.

Ниже перечислены семнадцать ключевых понятий теории объектных отношений.

1. Эго, или самость — присутствует с самого рождения.
2. Либи́до, или инстинктивные энергии, являются функциями (или производными) самости, а не ид.

3. Постулированного Фрейдом инстинкта смерти не существует. Агрессия не связана с ид, а является реакцией на фрустрацию или депривацию. Фактически, в рамках теоретических взглядов Фэйрберна понятию «ид» нет места.

4. Самость или эго и, таким образом, либидо или инстинктивные энергии, являются принципиально объектно-направленными.

5. Изначальная и самая ранняя форма тревоги переживается ребенком как сепарационная тревога, вызываемая оставлением или неудачной настройкой.

6. Интернализация объекта является защитной мерой, изначально используемой ребенком, чтобы справиться с фрустрирующими и неудовлетворительными аспектами ранних родительских фигур.

7. Чем более фрустрирующими и неудовлетворительными являются ранние объекты, тем больше вероятность того, что эти объекты и соответствующие им Я-репрезентации будут интроецированы, а не только интернализированы.

8. Интроецированные объекты всегда включают в себя три связанных компонента: (А) Объект-репрезентацию, (В) Я-репрезентацию и (С) Аффект, связанный с объект- и Я-репрезентациями.

8. Два аспекта интроецированного объекта (возбуждающий и фрустрирующий) отщепляются от основного ядра объекта и вытесняются.

10. Эти две интроецированные объект-репрезентации идентифицируются, как возбуждающий (либидинальный), или хороший объект, и отвергающий (антилибидинальный), или плохой объект.

11. Я-репрезентации расщепляются таким же образом и идентифицируются как либидинальное эго (хорошее Я) и антилибидинальное эго (плохое Я).

12. Основное ядро интернализованного объекта, которое не вытесняется, становится эго-идеалом.

13. С тех пор, как возбуждающий (либидинальный) и отвергающий (антилибидинальный) объекты выбраны изначально эго ребенка, и вследствие того факта, что вытесненные объекты связаны с Я-репрезентациями либидинального и анти-либидинального эго, индивид остается с центральным ядром эго (центральное эго), которое не вытеснено, но действует как агент вытеснения.

14. Результирующая интернализация этой ситуации оставляет изначально эго расщепленным на три части. Это (А) центральное эго (сознательное), связанное с эго-идеалом, (В) вытесненное либидинальное эго (хорошее Я), связанное с возбуждающим либидинальным объектом (хороший объект), и (С) вытесненное антилибидинальное эго (плохое Я), связанное с отвергающим антилибидинальным объектом (плохой объект).

15. Такая внутренняя ситуация является движущей силой того, что Фэйрберн называл базовой шизоидной позицией, которая включает подлинное Я, которое скрывается и остается отделенным от интимного человеческого контакта. Для общения с другими во внешнем мире конструируется Ложное Я (как-будто-личность).

16. Отталкиваясь от Фрейдовской теории влечений, то, что называлось суперэго, оказывается трехчастной структурой, состоящей из (А) эго-идеала, (В) антилибидинального эго и (С) антилибидинального объекта.

17. Антилибидинальное эго (плохое Я), в силу своей связи с отвергающим антилибидинальным объектом (плохим объектом), занимает бескомпромиссную, враждебную позицию по отношению ко всем объектам, даже потенциально хорошим, и по отношению к либидинальному эго (хорошему Я). Фэйрберн назвал эту Я-репрезентацию внутренним саботажником. Он не доверяет всему, обещающему надежду, и особенно потенциально хорошим объектам, которые пытаются надуть его, соблазняя поверить, что обещание исполнится. Он также нападает на либидинальное эго (хорошее Я) за ту глупость и легковерие, с которой оно верит обещаниям, что может быть любимым, и за веру в то, что кто-нибудь (либидинальный объект) мог бы быть любим им без того, чтобы обмануть, злоупотребить и, в конце концов, отвергнуть и покинуть его.

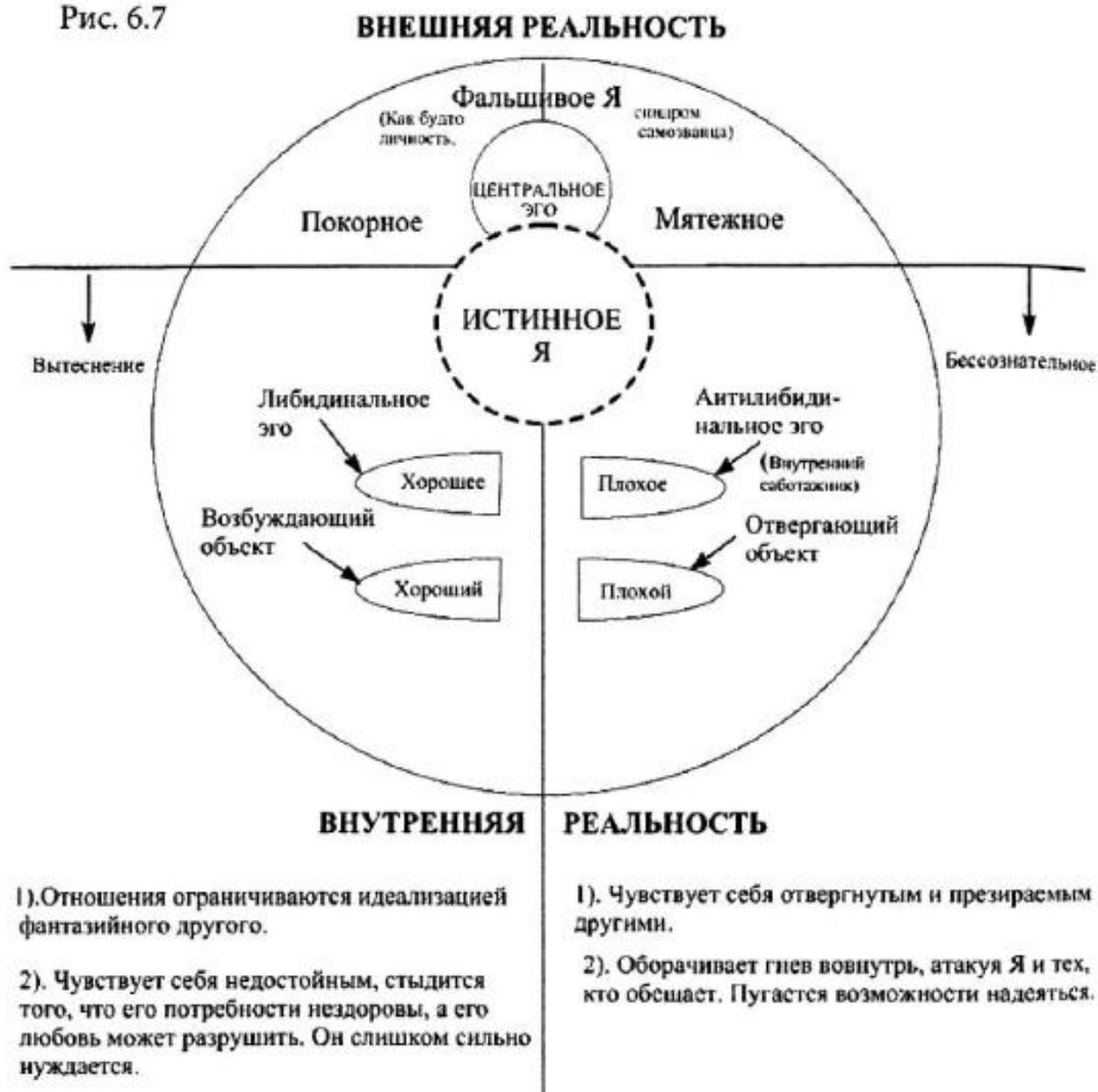
Рисунки 6.6 и 6.7 задуманы как схематическое представление этих семнадцати позиций, выделенных Фэйрберном и Гантрипом. На рисунке 6.6 изображено когезивное Я со здоровой интегрированной психикой.

Рис. 6.6



На рисунке 6.7 — некогезивное Я, в котором доминирует внутренний мир интроецированных Я- и объект-репрезентаций, который оставляет мало психической энергии для аутентичных отношений в реальности внешнего мира.

Рис. 6.7



Фальшивое Я управляет его взаимодействием с другими, что приводит или к покорному и послушному, или к реактивному (непослушному) поведению с другими. Его ядро, или подлинное Я, остается незначительным и временами недоступным для центрального эго. Внутренний мир, вытесненный и бессознательный, влияет на его взаимодействия с другими до такой степени, что те постепенно вынуждаются к соответствию внутренним реалиям его переживаний и ожиданий. Посредством движущей силы компульсивного повторения и защитного механизма проективной идентификации прошлое продолжает повторяться в настоящем, таким образом подтверждая все катастрофические предчувствия. Выбор объекта (отбор людей, похожих на интернализированные ранние объекты) помогает закреплению данного процесса. Парадоксально, но даже если это отыгрывание прошлого в настоящем болезненно, оно приводит к снижению тревоги, потому что это знакомо и избавляет от неопределенности предчувствия неожиданного. «Так и получилось, как я думал. Я так и знал, что ты меня покинешь, и что тебе нельзя доверять».

Рисунок 6.6, напротив, представляет спаянное Я, в котором гораздо меньше психической энергии связано прошлым и интроецированными объект- и Я-репрезентациями. Много лет назад Фрейд привел аналогию нашей психической энергии, которая очень похожа на армию. Чем больше наша армия, тем больше психической энергии нам доступно для аутентичного взаимодействия во внешнем мире. Если в детстве мы вынуждены были иметь дело с непомерным количеством конфликтов и начали воевать слишком рано, то нам пришлось построить форт для каждого конфликта и оставить часть своей армии защищать его. Если мы выдержали слишком много боев и, следовательно, должны были построить слишком много крепостей, это истощило нас, оставив со слишком малым количеством психической энергии для продолжения марша нашей жизни. Когезивное Я имеет гораздо более доступное подлинное Я и, как показывает прерывистая линия на рис. 6.6, может легко воздействовать и влиять на Я, которое мы выбираем для показа другим.

Такой индивид способен демонстрировать различные аспекты себя, которых требует ситуация (т.е. социальная общность, рабочие требования, разговор с близкими друзьями и т.д.), сохраняя внутреннее единство Я. С тех пор, как интернализированные объект- и Я-репрезентации интегрированы с хорошими и плохими аспектами каждой из них, во взаимодействии с другими вносятся меньше искажений. Нуждаемость и зависимость были проработаны. Во внутренней жизни индивида больше не доминирует доамбивалентная инфантильная стадия зависимости. Дихотомия любви и ненависти сменилась более зрелой стадией здоровой зависимости и признания того, что я (так же, как и другие) одновременно и хорош, и плох.

Поскольку процесс интернализации или, более корректно, интроекции Я- и объект-репрезентаций является интегральной частью данной теории, здесь будет представлено его объяснение. Описание взято из ранней статьи Огдена (Ogden, 1983a).

«Идея данной статьи состоит в том, что интернализация объектных отношений с необходимостью включает в себя расщепление эго на части, которые, будучи вытесненными, образуют внутренние объекты, находящиеся в особых отношениях друг к другу. Эти внутренние отношения формируются в соответствии с природой первоначальных отношений...» (стр. 227)

Используя более понятный язык вместо более технически корректного, но зачастую бестолкового и абстрактного языка Огдена, я приведу последовательность утверждений, помогающих уяснить данный процесс:

1. Ранний опыт взаимодействия ребенка с жестокой, отвергающей, критичной и холодной матерью формирует природу интернализированных объектных отношений.

2. Ребенок, чтобы справиться с трудностями такого эмоционального оскорбления, вытеснит критичную мать в свое бессознательное. Хорошие аспекты матери (хороший объект) отщепляются от плохих аспектов матери (плохой объект). Вытесняется не только плохой объект (критичная мать), но и Я-репрезентация (плохое Я) вместе с интенсивным эмоциональным компонентом этих отношений. Ребенок оставлен с плохим объектом («Ты ужасный ребенок»), плохим Я («Я должен умереть, раз я ужасный ребенок») и Я-репрезентацией, которая идентифицируется с интернализированным критичным плохим объектом («Я ненавижу себя так же, как меня ненавидит моя мать»). Идеализированная мать остается представленной в сознании.

Огден пишет: «В той степени, в какой «подгонка» матери к ребенку недостаточна, ребенок переживает невыносимое ощущение отделенности и защищает себя, отщепляя те аспекты эго, которые, как он чувствует, неприемлемы для матери. Эти отщепленные порции эго остаются зафиксированными в отношениях с неудовлетворительными аспектами объекта. Такие частичные объектные отношения (отщепленное эго в отношении к эмоционально отсутствующему или отвергающему объекту) вытесняются, чтобы овладеть чувствами, содержащимися в них, и в попытке изменить объект, превратив его в удовлетворяющий... Например, обещающие качества отношений и их отвергающие качества отделяются друг от друга во внутреннем мире ребенка. Важный аспект эго (центральное эго) сохраняет отношения с принимающими и принимаемыми качествами объекта (достаточно хорошая мать [Winnicott, 1951] в противоположность защитно идеализируемой матери)». (1983a, стр. 230)

3. Став взрослым, человек интроецировал внутрь себя интернализированный объект (критичную мать и обещающую мать), Я (плохого ребенка и хорошего ребенка) и разнообразные сильные аффекты, основанные на гневе, ярости, стыде и страхе. С помощью проективной идентификации эти внутренние объектные отношения, дотолде спящие, готовы быть активизированными любым близким, интимным контактом с объектами внешнего мира.

4. Интернализированные объектные отношения отыгрываются с другими путем использования проективной идентификации. Человек заставляет объекты внешнего мира соответствовать переживаниям и ожиданиям внутреннего мира. Вследствие этого, такой «жизненный сценарий» отыгрывается путем нахождения внешних объектов (холодных, критичных женщин), которые совпадают с внутренней объект-репрезентацией (холодной, критичной матери), или путем принуждения других вести себя и обращаться с ними так, как от них ожидается (т.е. в холодной, критичной манере).

Огден пишет: «Проективная идентификация является межличностным процессом, в котором некто является объектом манипуляции, имеющей целью вынудить его к исполнению роли (не важно, насколько трудно осознаваемой) в чьей-то чужой фантазии... человек, применяющий проективную идентификацию, бессознательно фантазирует об изгнании нежелательного или небезопасного аспекта себя и о размещении этой части себя в другом человеке, что позволит ее контролировать. Это сопровождается реальным межличностным давлением на «реципиента» проективной идентификации, что бессознательно задумано для того, чтобы вынудить его переживать себя и вести себя способом, конгруэнтным бессознательно проецируемой на него фантазии.» (1983a, стр.232)

5. Привязанность к внешним плохим объектам (т.е. к холодной, критичной матери) — это результат навязчивого повторения. Человеку крайне трудно отпустить от себя плохие объекты внешнего мира, пока интернализированные объект- и Я-репрезентации не проработаны и не изменены.

Огден пишет: «Соппротивление понимается как трудность отказа от патологических привязанностей, вовлеченных в бессознательные внутренние объектные отношения пациента... Эта связь базируется на потребности изменить плохой объект, превратив его в такого человека, каким бы он хотел его видеть...

Второй класс привязанности к плохому внутреннему объекту... принимает форму крестового похода с целью показать всем несправедливость, холодность или другие формы неправильного поведения со стороны внутреннего объекта.» (1983а, стр. 236)

6.Привязанность к интернализированным отщепленным хорошим объект- и Я-репрезентациям — это объединенная сила, которая питает аддиктивный процесс. Нуждающаяся, но не заслуживающая удовлетворения хорошая Я-репрезентация — это бездонная яма, которую никогда не наполнить. И дразнящий хороший объект никогда не сможет выполнить свое обещание безупречной любви, принятия и совершенного удовлетворения, без всяких ограничений или разочарований. Слишком снисходительная, слишком удовлетворяющая и непостоянная мать может быть настолько же опасной для развития ребенка, как холодная, критичная и отвергающая. В первом случае фрустрационная толерантность никогда не интернализуется и, таким образом, никогда не приобретает контроль над импульсами.

Огден пишет: «один тип связи с плохим внутренним объектом — это привязанность жаждущего Я к дразнящему и обещающему объекту. Природа этой связи такая же, как у аддикта с аддиктивным агентом, и от нее крайне трудно отказаться.» (1983а, стр. 236)

7.Антилибидинальное эго (внутренний саботажник) становится вместилищем всего гнева и ярости, аккумулированного вокруг нужды в других (объектный голод) и обещаний надежды и удовлетворения. Эта ярость направляется не только на других (внешний плохой объект), которые обещают надежду или любовь, но и на себя — за потребность и веру в то, что все может быть по-другому. В условиях терапии это проявляется в том, что пациент не только сопротивляется изменениям, но и пытается активно саботировать их, потому что любое внешнее изменение поведения угрожает внутренним объектным отношениям.

Огден пишет: «Объектный компонент часто поддерживает внутренние цели посредством попыток установления контроля над своим объектом (т.е. контроля над Я-компонентом внутренних отношений). Объектный компонент может насмехаться, стыдить, угрожать, помыкать или вызывать чувство вины в своем объекте (Я-компоненте внутренних отношений), чтобы поддерживать с ним связь. Эти усилия по контролю над Я-компонентом очень интенсифицируются, когда возникает опасность повреждения связывающих их уз, например, в случае более зрелой формы связи с терапевтом, которая может сделать эту внутреннюю, более примитивную форму не такой необходимой.» (1983а, стр. 238)

Определение терминов

Я-Объект: Я-объекты — это ментальные репрезентации других, которые мы ощущаем частью самих себя. Ожидаемый контроль над ними похож на ощущение контроля, который взрослый человек имеет над своим телом и разумом. В архаичной форме возникает ожидание, что этот контроль распространится на других, как если бы они были частью Я. Существует два вида Я-объектов — отражающий и идеализированный.

Отражающий Я-объект: Это объекты, которые реагируют на ребенка и подтверждают его внутреннее ощущение своей силы, величия и совершенства. Это блеск в глазах матери, когда она эмпатически настраивается на достижения ребенка. Именно из этого источника исходят базовые стремления ребенка к власти и успеху. Достаточно хорошее материнство приводит к удовлетворению здоровых грандиозных и эксгибиционистских устремлений ребенка. Если эти потребности адекватно удовлетворены, у него развивается здоровая самооценка с нормальной ассертивностью и амбициями. Неспособность Я-объекта оптимально удовлетворить нужду ребенка в отражении приводит к развитию личности, которая постоянно нуждается в восхищении, подтверждении и признании со стороны окружающих, потому что она сама пуста и не может предоставить это самой себе.

Идеализированный Я-объект: Это все объекты, с которыми ребенок может слиться как с образами спокойствия, безупречности и всемогущества. Если ребенку предоставить сильный, утешающий Я-объект, который позволяет себя идеализировать, в ребенке развивается способность к созданию здоровых идеалов, ценностей и принципов. Ребенок интернализует успокаивающие, утешающие качества Я-объекта, и, таким образом, происходит преобразующая интернализация. В противном случае, ребенок, которому недоступен идеализированный Я-объект, обречен на вечные попытки достичь единства с идеализированным объектом, поскольку из-за специфического структурного дефекта (недостаточная идеализация супер-эго) его нарциссический баланс поддерживается только благодаря постоянному обожанию, сближению и слиянию с могущественным другим или с идеалом.

Эмпатия: Это способ получения данных, который позволяет терапевту взглянуть на внутреннюю психическую жизнь людей. Эмпатия — не только полезный способ для получения доступа к внутренней жизни человека, она также является попыткой пережить чувства, желания, надежды и страхи другого человека посредством замещающей интроспекции. Сущность психотерапии заключена в длительном эмпатическом погружении терапевта в наблюдаемого субъекта, с целью сбора данных и их объяснения. Только после того, как опыт другого понят с помощью замещающей интроспекции, он может быть объяснен. Затем в дело вступает научная строгость, позволяющая включить наблюдаемые и переживаемые данные в контекст более широких смыслов и значений.

Оптимальная фрустрация: Величина тревоги, стресса или фрустрации, которую ребенок может вынести без ущерба для эго, самости и развития. Оптимальная фрустрация способствует росту и развитию психической структуры. Развитие здоровой личности происходит в условиях фрустрации, которая не является ни слишком продолжительной, ни слишком интенсивной. Слишком большой или слишком малый уровень фрустрации в определенный период может стать препятствием для личностного развития ребенка, точно так же, как слишком большой или слишком малый уровень фрустрации в процессе психотерапии может мешать лечению.

Альтер эго, или слияние с двойником: Твердое Я, возникающее благодаря оптимальному взаимодействию между ребенком и его Я-объектами, дополняется этим третьим компонентом, связанным с первым полюсом, из которого исходят базовые стремления к власти и успеху, и вторым полюсом, который содержит основные идеализированные цели. Сердцевина личности ребенка определяется дугой напряжения в промежуточной области основных талантов и способностей, установившейся между амбициями и идеалами. Этот сектор состоит из потребности Я просто быть с другими людьми, и быть на них похожим, человеком среди людей. Недостаток Я-объектов в процессе развития ребенка приведет к тому, что человек будет неспособен почувствовать себя частью большего целого. Он будет ощущать свое отчуждение от остальных людей и не сможет конструктивно использовать свои таланты и умения.

Я-объектный перенос: Данный термин относится к оживлению в процессе лечения (или в межличностных отношениях) детской потребности в Я-объектах, не получившей достаточного отклика.

1. Личности, жаждущие отражения, нуждаются в Я-объекте, чьи подтверждающие и восхищенные реакции способны насытить их изголодавшееся Я.
2. Личности, жаждущие идеала, находятся в вечном поиске людей, которых они могут обожать за их престиж, власть, красоту, ум или моральный облик.
3. Личности «альтер- эго» нуждаются во взаимоотношениях с Я-объектом, который, совпадая во внешности, мнениях и ценностных ориентациях с Я, таким образом подтверждает существование и реальность этого Я. Преобразующая интернализация: Специфический процесс формирования психологической структуры осуществляется внутри матрицы Я-объектной среды, содержащей эмпатически отзывчивые Я-объекты. Ядерное Я ребенка закладывается в процессе преобразующей интернализации. Построение структуры не может произойти без предыдущей стадии, во время которой потребности ребенка в отражении и идеализации были эффективно удовлетворены. Структура закладывается вследствие небольших, нетравматичных недостатков в ответах отражающих и идеализированных Я-объектов. Эти недостатки приводят к постепенному замещению Я-объектов и их функций Я самого ребенка и его функциями. Саморегуляция и самоутешение интернализуются. И именно недостижение преобразующей интернализации приводит к тому, что человек начинает искать вовне (т.е. в еде, сексе, наркотиках, других людях и т.д.) то, что он не может обеспечить себе изнутри.

Фальшивое Я: В случае, если возникает угроза целостности ядерного Я ребенка, могут быть созданы защитные или компенсаторные структуры, или фальшивое Я, для того, чтобы предохранить Я от дальнейших нарциссических травм. Такие люди развивают “как-будто личность” зачастую подкрепляемую грандиозным Я, которое скрывает их “истинное Я”, предотвращая его дальнейшую фрагментацию. Такой защитный процесс мешает им подпитывать свое ослабленное чувство Я, поскольку каждый их успех приписывается тому, как они “действовали”, а не тому, “какие они есть на самом деле”. Следовательно, они чувствуют себя “самозванцами” (т.е. синдром самозванца), которых впоследствии разоблачат, раскрыв, кто они есть на самом деле.

Фальшивое Я является защитной функцией, призванной спрятать и защитить истинное Я. Фальшивое Я выполняет ее, подчиняясь требованиям окружающей среды, в соответствии с пятью категориями (Winnicott, 1965):

1. Одна крайность: фальшивое Я выдает себя за реальное, и именно его окружающие принимают за реальную личность.
2. Менее экстремальный вариант: фальшивое Я защищает истинное Я. Истинное Я признается как возможность, и ему позволена тайная жизнь.
3. Основной заботой фальшивого Я является поиск условий, в которых истинное Я сможет занять свое законное место.
4. Фальшивое Я строится на идентификациях и похоже на хамелеона.
5. Фальшивое Я представлено целостной организацией из вежливости, хорошего воспитания и признания социальных ограничений.

Огден (1983а) дает прекрасное и исчерпывающее описание вклада фальшивого Я Винникотта в теорию объектных отношений:

«Главным вкладом Дональда Винникотта в развитие теории внутренних объектных отношений была его теория множественных Я-организаций, связно функционирующих внутри системы личности. Винникотт считал, что ребенок рождается с потенциалом уникальной индивидуальности личности (личностная организация, называемая Подлинным Я), которая может развиваться в контексте отзывчивого и поддерживающего окружения, обеспечиваемого достаточно хорошей матерью.

Однако, когда мать неожиданно изменяется в ответ на спонтанные действия ребенка (т.е., вступает в действие ее собственная сепарационная тревога в ответ на любопытство ребенка), он переживает травматический разрыв своего развивающегося ощущения Я. Когда такие удары являются центральной характеристикой ранних отношений мать-ребенок, последний попытается защитить себя, развив вторую (реактивную) личностную организацию (Фальшивое Я). Это Фальшивое Я бдительно отслеживает сознательные и бессознательные потребности матери, приспосабливается к ним и, таким образом, обеспечивает внешнюю защиту, за которой Подлинное Я может позволить себе уединиться, что совершенно необходимо для поддержания его интеграции.

Фальшивое Я не имеет злого умысла; напротив, оно является заботливым Я, которое энергетически «управляет» жизнью, чтобы глубинное Я не переживало страха уничтожения, который вызывается чрезмерным давлением на него с целью заставить развиваться в соответствии с внутренней логикой другого человека (матери). Ужас уничтожения, переживаемый Подлинным Я, приводит к чувству абсолютной зависимости от личностной организации Фальшивого Я. Это делает крайне трудным отказ от этого способа функционирования, несмотря на осознание пустоты подчиненной ему жизни. Этот стиль часто может вести к академическому, профессиональному и социальному успеху, но со временем человек все больше чувствует себя скучающим, «делающим заученные телодвижения», отчужденным, механистичным и неспособным к спонтанности», (стр. 231)

Достаточно хорошее материнство: Этот термин был введен Винникоттом для описания адаптивного функционирования матери, которое способствует формированию психической структуры ребенка в условиях оптимальной фрустрации. Достаточно хорошая мать не станет чрезмерно восхвалять или травматично фрустрировать растущего малыша. Вместо этого, она постепенно снижает свое интуитивное понимание ради дальнейшего развития ребенка и его растущей способности выносить фрустрацию.

Дозаправка: На стадии упражнения ребенок отрывается от матери; но когда он устает, истощен или встревожен, у него появляется потребность в установлении эмоционального контакта с Я-объектом. Достаточно хорошая мать позволяет ему произвести эмоциональную «дозаправку» без того, чтобы завладеть ребенком и подавить его или оттолкнуть, отказывая в помощи.

Расщепление: По мере того, как ребенок готовится к вступлению в подфазу сепарации-индивидуации, симбиотический союз расщепляется на четыре группы образов — хорошее Я, хороший объект, плохое Я и плохой объект. Цель этого расщепления состоит в том, чтобы сохранить хорошие образы достаточно долго для того, чтобы ребенок мог вынести осознание того, что «абсолютно плохой» и «абсолютно хороший» образ являются одним и тем же человеком. Ребенок пока неспособен вынести понимание того, что «хорошая мать», которая кормит его, одновременно является и «плохой матерью», которая наказывает его за плохое поведение. Для того, чтобы защитить себя от подавляющей тревоги, возникающей из-за неспособности воспринимать свою мать как одновременно плохую и хорошую, ребенок, остановившийся в своем развитии, расщепляет свои чувства между все-или-ничего, воспринимая черно-белые образы. Таким образом, мать не может быть одновременно и плохой, и хорошей. Ребенок или интернализует и интроецирует плохой объект в себя (т.е. «Я плохой, а мама хорошая»), или идеализирует мать и проецирует плохой образ на внешний мир (т.е. «Там плохо, а я хороший»).

Кернберг ввел этот термин для соответствующего защитного механизма, определив его как активное защитное разделение «абсолютно плохих» и «абсолютно хороших» образов. Такой защитный процесс приводит к тому, что человек не способен сохранять ментальную репрезентацию объекта, объединяющую плохие и хорошие образы. Объекты или идеализируются, как «абсолютно хорошие», когда они доставляют удовольствие, или обесцениваются как «абсолютно плохие», когда они в чем-то отказывают. (См. Рис. 6.2).

Проективная идентификация: Примитивная защитная операция, свойственная личностям пограничной структуры. Цель проекции состоит в том, чтобы избавиться от всех плохих интернализованных образов, перемещая их вовне, на других людей. Следовательно, внешние экстернализованные объекты воспринимаются как плохие (т.е. злые, угрожающие). Затем человек прилагает усилия к тому, чтобы контролировать эти экстернализованные объекты, не давая им обращаться с ним так, как он опасается, что они будут с ним обращаться (т.е. нападать на него и контролировать его). Парадоксально, но своим подозрительным и обороняющимся поведением такие индивиды вызывают у окружающих именно такое отношение, которое им более всего неприятно. Затем они отождествляются с этим гневом, утверждаясь в своем мнении, что объекты в окружающем мире — действительно плохие (т.е. контролируемые и злые). Их подозрения становятся самоисполняющимся пророчеством.

Несколько примеров помогут объяснить этот важный защитный процесс.

Тридцатитрехлетний кокаиновый аддикт в состоянии острой интоксикации кокаином начал подозревать, что люди (полиция и военные) преследуют его. Он бежал по улице, прячась за почтовыми ящиками и телефонными будками. Окружающие, встревоженные его защитным, подозрительным и злобным поведением, вызвали полицию, которая начала его преследовать. Таким образом, страх этого человека, что его преследуют и готовы атаковать другие люди, подтвердился. Раз они так, он напал на полицейских офицеров, уверенный в том, что они намерены схватить его без всяких причин.

Ральф, сорокадвухлетний выздоравливающий алкоголик с пятью годами трезвости, был направлен ко мне наставником в связи с постоянными пререканиями с ним. Ральф выполнял свою работу более чем удовлетворительно; но из-за того, что он создавал такую стрессовую обстановку в офисе, был на грани увольнения. После четырех групповых сессий Ральф начал горько жаловаться на неадекватность ведущего группы. Он настаивал, что ведущий не помогает ему, и что цена, которую он платит за группу, несоразмерна и несправедлива. После пятой сессии он обвинил ведущего в том, что тот смотрел на него пренебрежительно перед тем, как он пришел на группу на прошлой неделе. А еще он гораздо более благосклонен ко всем остальным членам группы, и питает к нему особую неприязнь. Поскольку все это было совершенно несправедливым, ведущий исследовал данный инцидент, в конце концов указав Ральфу на его способ обращения с собой, в точности совпадавший с его способом обращения с другими в своей жизни — а именно, он приписывал другим (проецировал) те качества (гнев, раздражительность, критицизм), которыми обладал сам. Затем он отрицал то, что обращается с ними подобным образом, и обвинял других в поведении, которое на самом деле было его собственным (проективная идентификация). Ведущий группы смог подтвердить свои наблюдения, получив консенсуальную валидацию от группы. Ральф, с помощью обратной связи от других членов группы, смог осознать важный защитный процесс, который вел ко многим межличностным осложнениям в его жизни.

Переходный объект. Понятие введено Винникоттом, и означает первый объект, выбранный ребенком, который он признает «не собой». Это обычно одеяло, мишка или другая игрушка. Объект облегчает осознание ребенком своей отдельности и утешает его на пути к тому, чтобы стать самодостаточным.

Аддикция как попытка самолечения

Пытаясь объяснить важность психологии Я как лечебного подхода, Ховард Бакал (Howard Basal) писал: «Просто невозможно применять немодифицированную классическую теорию влечений в клинической ситуации и ожидать, что пациент почувствует, что его понимают» (1992, стр. 56). В сущности, Бакал говорит о «значительном различии между тем, что эффективные классические теоретики проповедуют, и тем, как они практикуют». Эта точка зрения имеет значение при выборе лечебного подхода для работы с химически зависимыми лицами. Критицизм Бакала является следствием его попытки совместить классическую теорию с реалиями практики с неаддитивными пациентами. То же самое Ханзян пытался сделать с аддитивными. Неслучайно и Бакал, и Ханзян с радостью воспользовались для решения этой задачи теоретическим подходом психологии Я Хайнца Кохута, поскольку он предлагает уникальную перспективу не только для аддикции, но также и для психопатологии в целом. Психология Я исходит из классической теории влечений Фрейда, с ее акцентом на интрапсихических конфликтах, но переносит фокус внимания на отношения и соответствующие возрасту потребности роста, которые, будучи неудовлетворенными, приводят к остановке эмоционального развития. Пока это нарушение не будет исправлено путем восстановления психической структуры, индивид останется обреченным на поиск внешних источников удовлетворения, потому что его внутренняя структура самости не способна его этим обеспечить.

Аддикция, с этой точки зрения, выглядит как неудачная попытка самолечения. Из-за того, что потребности их развития не удовлетворены, люди становятся обладателями поврежденного, ослабленного, неспяянного или фрагментированного Я. Снаружи такие индивиды часто выглядят очень хорошо, но внутри чувствуют пустоту и незавершенность. Они не могут регулировать аффект, а зачастую даже и определить, что они чувствуют. Будучи неспособными привлечь свои собственные ресурсы, которых нет, они постоянно нуждаются (объектный голод) в нахождении таких ресурсов саморегуляции снаружи — вне себя. Поскольку болезненные, отвергающие и стыдящие отношения являются причиной дефицитов их самости, они не могут обратиться к другим за получением того, что им нужно, и чего они никогда не получали. Депривированные потребности и объектный голод оставляют их с нереалистичными и невыносимыми аффектами, которые не только приносят беспокойство другим, но и постыдны для них самих. Вследствие этого алкоголь, наркотики и другие внешние источники удовлетворения (еда, секс, работа и т.п.) берут на себя регулирующую функцию, порождая фальшивое ощущение автономии, независимости, и давая возможность отрицать потребность в других. Такие попытки самовосстановления могут также приобретать обсессивно-компульсивные черты (гемблинг, сексуальные перверсии, садо-мазохистские отношения), что только осложняет изначальные проблемы. Как говорит Кристал (Krystal, 1982), аддикция — это неудачная попытка помочь себе.

В своей ранней работе с наркоманами Ханзян (1985) обнаружил, что опиаты были наркотиком выбора для определенных лиц из-за своего специфического фармакологического эффекта. Опиатные и героиновые аддикты ценили свои наркотики за антиагрессивный эффект. Они помогали успокоиться и притушить сильное чувство ярости. Ханзян предположил, что аддикты отнюдь не ищут в первую очередь удовольствия; скорее, они пытаются регулировать свою эмоциональную жизнь и избегать, хотя бы временно, постоянного ощущения депривации, неадекватности и стыда, доминирующего в их жизни. Наркоманы и алкоголики часто говорят о себе следующее: «чувствую, как будто я всегда на кварту недопит» или «пока я не начал принимать наркотики, я никогда не чувствовал себя нормально». В своей более поздней работе с кокаиновыми аддиктами Ханзян обнаружил, что люди, чувствующие скуку, пустоту, внутреннюю омерзительность или бессмысленность жизни, часто подсаживаются на стимуляторы. Дальнейшее наблюдение показало, что контрзависимые, сдержанные и замкнутые люди, вероятнее всего, выберут алкоголь и седативные средства. Высоко тревожные и боязливые субъекты чаще становятся зависимыми от малых транквилизаторов, в то время как более отчужденных и шизоидных привлекают марихуана и галлюциногены.

Как писал Ханзян (1982), «... этот выбор связан с различным психоактивным действием разных наркотиков ... экспериментируя с разными веществами, индивид обнаруживает, что действие одного из них предпочтительнее, чем всех остальных», (стр. 757) Хотя классификация Ханзяна и не подходит всем людям во всех случаях, все же в его наблюдениях много справедливого. Но более важно то, что его гипотеза самолечения рассматривает аддикцию как результат недостаточности самости и аффективных дефицитов, связанных со структурными повреждениями, влияющими на способность аддикта или алкоголика к саморегуляции. Химически зависимые люди действуют, в некотором смысле, как собственные недипломированные врачи, пытаясь восстановить или исправить то, чего им не хватает.

Ханзян и другие психодинамически ориентированные теоретики (Krystal, 1982; Wurmser, 1978; McDougall, 1989) начали привлекать психологию самости и теорию объектных отношений для создания более исчерпывающей и практически применимой теории аддикции. Они согласны в том, что существуют четыре проблемные зоны, которые постоянно заявляют о себе у аддиктов и алкоголиков;

1. Уязвимость и хрупкость самооценки, что ведет к установлению фальшивого Я с грандиозными защитами, которые помогают справиться с переполняющими чувствами стыда и унижения.
2. Неспособность заботиться о себе.
3. Неспособность идентифицировать, выдерживать и регулировать свои аффекты.
4. Трудности в установлении и поддержании здоровых, взаимно удовлетворяющих отношений, которые не являются эксплуатирующими, контролирующими, садистическими или мазохистическими.

Уязвимость самооценки

Поскольку алкоголики и аддикты не обладают внутренней структурой, необходимой для борьбы с отвратительным чувством фрагментации, тревоги и низкой самооценки, их влечет к внешним источникам (алкоголь, наркотики, сексуальное возбуждение, еда и т.п.) в попытках успокоиться и утешиться (преобразующая интернализация).

Кохут и Вульф пишут: «Индивиды, чья появляющаяся самость встретила несоответствующую реакцию, будут использовать любые доступные стимулы для достижения псевдо-возбуждения, чтобы побороть болезненное чувство омертвелости, грозящее охватить их ... В распоряжении взрослых имеется даже более широкий набор средств самостимуляции; в частности, в сексуальной сфере — аддиктивный промискуитет и разнообразные перверсии, а также такие занятия, как гемблинг ... возбуждение, индуцированное наркотиками и алкоголем, и стиль жизни, отличающийся гиперобщительностью. Если аналитик способен проникнуть под защитный фасад, представленный такой деятельностью, он неизменно найдет пустоту и депрессию». (Kohut & Wolfe, 1978, стр.418)

С точки зрения Кохута и Вульфа, неспособность индивида достичь самоутешения через преобразующую интернализацию является причиной его попыток снизить напряжение путем употребления алкоголя или наркотиков. Невозможность успокоить и утешить самих себя ведет алкоголиков и наркоманов к поиску других, которые смогут сделать это для них. Поскольку их Я-объектные потребности и желания искажены, они постоянно разочаровываются в своих отношениях и в достижении своих целей. Поиск снаружи того, что может быть найдено только внутри, ведет к постоянной фрустрации и отчаянию. В жизни большинства алкоголиков и аддиктов преобладает недостаточность, из-за которой они чувствуют себя пустыми и лишенными чего-то главного. Они верят, что если бы только другой мог обеспечить им «дозаправку» этим главным, они бы могли стать цельными и завершенными. Их ждет неизбежное разочарование, поскольку, будучи зрелыми взрослыми, они не могут больше выносить удовлетворение своих инфантильных потребностей инфантильным способом.

Поэтому они постоянно борются за отрицание своей нужды. Они становятся контрзависимыми и воспринимают других как отвергающих и отказывающих. «Если бы ты меня любил, ты бы меня не разочаровал. А раз я разочарован, значит, ты меня не любишь». Использование расщепления, проективной идентификации и страх близости делают для них невозможными любые удовлетворяющие отношения. Они становятся обиженными и разочарованными людьми, не понимающими, какую роль они сами играют в этом процессе. Алкоголь и наркотики становятся их единственной возлюбленной и единственным другом.

Новое определение нарциссизма

Одна из главных заслуг Кохута — это изменение способа концептуализации нарциссизма. Кохут узаконил его как нормальную и здоровую (в соответствующем возрасте) потребность развития в связанности с объектом. С его точки зрения, нарциссические потребности свидетельствуют не об эгоизме, а о нарушенности отношений между Я и его самыми значимыми другими, или Я-объектами. Классическая теория влечений рассматривает нарциссизм как эгоизм или самовлюбленность, что отражает упрямое настояние незрелого индивида на том, чтобы все было так, как он хочет. (Это очень похоже на то, что говорится в АА об эго). Кохут выявил важное различие между здоровым и нездоровым нарциссизмом. Соответствующая фазе развития эмпатическая отзывчивость на Я-объектные потребности ребенка, необходимая для интеграции и развития его самости, приводит к здоровой самооценке. В отсутствие идеализируемого или отражающего Я-объекта ребенок, скорее всего, вырастет с нарциссическим поведенческим или личностным расстройством.

В любом из этих случаев человек не будет иметь структуры, необходимой для управления эмоциональными травмами и разочарованиями, которые неизбежно случатся в его жизни. Как пишет Бакал (1985), «дефекты самости, причиненные неправильными ответами Я-объектов, ведут индивида к тому, что Кохут называл переносоподобными состояниями когда он всю дальнейшую жизнь ищет Я-объекты, которые предоставят ему те ответы, которых ему не хватает, чтобы восстановить свою самость», (стр. 488)

В этой перспективе Бакал смотрит на отношения как на попытку самовосстановления, совсем как Ханзян, называющий их самолечением, а употребление наркотиков и алкоголя — попытками восстановить себя.

Здоровая самооценка является конечным продуктом достаточной и соответствующей возрасту отзывчивости и эмоциональной настроенности родителей. Здоровые родительские ролевые модели обеспечивают другой необходимый компонент идеализации, которая ведет к здоровому нарциссизму. Последний является базисом эмоционального здоровья и состоит из субъективного ощущения благополучия и уверенности в своем достоинстве. Человек, который «чувствует» сбалансированную оценку своей важности и потенциала, и может зрелым образом взаимодействовать с другими, обычно ощущает смысл и знает свое место в мире.

В противоположность этому, даже несмотря на то, что большинство кокаиновых аддиктов и алкоголиков выглядят очень успешными и достигают многого в своей профессиональной жизни, работающие с такими пациентами поражаются тому, насколько хрупко их базисное чувство собственного достоинства. Несмотря на преувеличенное стремление к финансовому, физическому и интеллектуальному успеху, их нужда в признании и принятии делает их крайне чувствительными к обидам, отвержению, стыду и унижению.

Здоровый и нездоровый нарциссизм

Психология самости всегда рассматривала здоровый, или зрелый нарциссизм не как снижение эмоциональных инвестиций в свое Я, а как способность личности устанавливать с другими удовлетворяющие отношения, в которых получение и отдача сбалансированы. Как пишет Орнштейн (Ornstein, 1981), «Когда ... самость приобретает способность становиться относительно независимым центром инициативы ... тогда становится возможным признание относительно независимого центра инициативы и в другом» (стр. 358). В случае здорового нарциссизма человек может сохранять здоровое уважение своей уникальности, будучи в то же время способным к взаимному резонансу с уникальными качествами независимого другого. Такой человек может и отдавать, и брать, ему не нужно быть в отношениях всегда сверху или снизу.

Напротив, нездоровый нарциссизм, проявляющийся нарциссическим поведенческим или личностным расстройством, заметен в людях, которые не способны к подлинному равноправию и взаимности в отношениях. Они будут нуждаться или в том, чтобы быть снизу — идеализируя другого, или сверху — нуждаясь в других, как в отражающих Я-объектах, подтверждающих их особенность. Отражающие Я-объекты в конце концов подвергаются обесцениванию, и отношение к ним после использования становится весьма презрительным. Как только другой перестает быть функционально полезным, он должен быть выброшен, как старый костюм, или заменен новой моделью, как старый автомобиль, переставший быть шикарным или самым мощным. Поскольку индивиды с настоящим нарциссическим расстройством личности относятся с презрением и стыдом к небезупречным аспектам себя, они не могут выносить этого и в других.

Нарциссизм, с этой точки зрения, перестает быть источником здорового самоуважения и самооценки, и становится защитой — фальшивым, или грандиозным Я, оберегающим от болезненного чувства стыда и собственной ничтожности. Как убедительно доказали Моррисон и др. (Morrison, 1989), стыд и унижение всегда является движущей силой или больным местом, стоящим за нарциссической защитой. АА давно признает, что грандиозность, самовлюбленность и отсутствие смирения — самые большие препятствия для преодоления аддикции. Пользуясь технически некорректными терминами, позаимствованными из психодинамических источников, АА, тем не менее, уловили суть проблемы, которая должна быть решена в выздоровлении. Задолго до психологии самости Кохута и теоретических формулировок грандиозности и нарциссизма, пионеры лечения алкоголизма 1950-х, такие как Н. Tiebout, писали о необходимости эго-факторов и «отказа от раздутого эго» в выздоровлении алкоголиков. В 1971 Бейтсон (Bateson) говорил о нежелании алкоголиков отказываться от своей «фальшивой гордости» как о величайшем препятствии к выздоровлению. Хотя терминология может быть другой, основная предпосылка та же самая. Ранние теоретики признавали, что нарциссические черты, такие как грандиозность, были главным следствием аддиктивного процесса.

Фальшивая гордость, раздутое эго и грандиозность последовательно рассматривались как защиты от чувства унижения и неадекватности. Как заявлял Tiebout (1954), для раздувания себя всегда есть причина. Если бы человек чувствовал или верил, что его достаточно, у него не было бы потребности в раздувании себя или фальшивой гордости. С этой точки зрения, ощущение собственной ценности, уверенность и гордость свидетельствуют о здоровом нарциссизме и подразумевают, что в грандиозности нет нужды. А когда люди страдают от отсутствия самооценки, они сталкиваются с невыносимыми аффектами, часто оборачивающимися стыдом. С точки зрения психологии самости, Моррисон (1989) считал, что «переживание самостью стыда настолько болезненно, что она создает нарциссические конструкции безупречности, грандиозности, превосходства и самодостаточности, чтобы уничтожить стыд как таковой ... Стыд, таким образом, может рассматриваться как неизбежное чувство, испытываемое самостью из-за своего нарциссического несовершенства, несостоятельности и испорченности» (стр. 66).

Моррисон и его соавторы считают стыд краеугольным камнем всей психопатологии. Чувствовать стыд — значит ощущать себя выставленным на всеобщее обозрение, так, что всем видно твоё несовершенство. Стыд, по определению, требует, чтобы эти несовершенства оставались скрытыми, не только от других, но, в конце концов, и от себя. Смушение и унижение — неизбежные результаты того, что человек видим, и его плохость, слабость, бессилие и нуждаемость заметны другим. На одном краю континуума находятся склонные к стыду индивиды, которые переживают свою уязвимость и обычные человеческие недостатки и ошибки как приговор, и по этой причине их надо отрицать и избегать любой ценой. На другом конце находятся те лица с нарциссическими расстройствами, которые настолько защищены от постыдного несовершенства, что, как они убеждают себя, не могут ничего сделать неправильно. Они просто не делают ошибок! Это всегда чужие проблемы или ошибки. В ещё более крайних случаях, они защищены до того, что неспособны ощущать здоровый стыд. Они совершенно бесстыдны. Как указывали Курц (Kurtz, 1983) и Брэдшоу (Bradshaw, быть бесстыдным — это совсем не то же самое, что не чувствовать вины. Последнее подразумевает невинность и говорит об отсутствии неправильных действий. Бесстыдство — очень серьёзный дефект характера, потому что индивид не имеет доступа к здоровым внутренним сигналам стыда, помогающим установить ограничения для Я из уважения к границам других. Такие индивиды склонны к эксгибиционизму и вуайеризму. В некоторых случаях они могут приобрести сексуальную фиксацию в виде перверсии.

Рис.6.8. Баланс стыда и нарциссизма



Рис. 6.8 показывает хрупкое равновесие, присущее здоровому нарциссизму и здоровому стыду. Когда этот баланс достигается, людям доступны обе стороны континуума. Когда нездоровый нарциссизм преобладает, как при нарциссическом расстройстве, обнажаются его патологические аспекты, и стыдливый полюс перестает осознаваться.

Когда преобладает стыд, здоровые компоненты нарциссических ресурсов недоступны, и стыд приобретает качество мазохизма. Раскаяние, стыд и презрение к себе, которые аддикты и алкоголики переживают наутро после употребления вещества — это то, что побуждает их давать фальшивые обещания бросить пить и клятвы, что такое больше не повторится. Алкоголь и наркотики сначала поддерживают нарциссические защиты, потому что первоначальное чувство стыда доминирует в жизни химически зависимого индивида. Эта попытка самолечения только усложняет положение, частично из-за своей тенденции укреплять ригидные защиты. Когда происходит неизбежная отдача, стыд и раскаяние настолько интенсивны, что алкоголики или аддикты вынуждены бороться с ними с помощью единственного доступного им ресурса, а именно, алкоголя и наркотиков.

С точки зрения психологии самости, стыд есть результат неудачных ранних объектных отношений — или из-за активных, унижительных нападков, или в результате разрывов эмпатической настройки значимых Я-объектов. Стыдливые люди, в результате защитной компенсации, часто чрезвычайно амбициозны и стремятся к успеху, реагируя на все неудачи как на приговор и доказательство своей врожденной дефективности. Стыд может быть контейнирован только постоянными достижениями, грандиозностью или аддиктивно-компульсивным отыгрыванием. Эксгибиционистские компоненты грандиозности отражают потребность быть видимыми другими в качестве могущественных, независимых, прекрасных и успешных людей. «Показ» себя является защитой, которая отвлекает других от возможного взгляда на то, что спрятано (неадекватность, несовершенство и недостатки). Нарциссический индивид похож на циркового фокусника, использующего ловкость рук как отвлекающий маневр, чтобы другие обращали внимание только на то, на что он хочет, и не заметили того, что скрывается. Грандиозность как защиту не следует путать с грандиозностью — здоровым компонентом психической структуры. Как пишет Бакал, «Она отражает чувство личной уверенности в своей уникальной важности. Это — самовосприятие, которое предположительно возникает вследствие оптимальных переживаний отражения Я-объектами. Она здоровым образом аффективно окрашена. Другое понятие, которое ближе к традиционному понятию грандиозности — это восприятие себя более раздутым, чем индивид мог бы в норме ощущать. Это можно считать состоянием патологии самости; и это связано с отрицаемой низкой самооценкой». (1992, стр. 72)

Отношение между самооценкой, нарциссизмом, грандиозностью и стыдом имеет огромную важность для лечения аддикции. Наркотики и алкоголь становятся настолько неотъемлемой частью грандиозных защит, что уже невозможно отделить одно от другого. Как только химикаты перестают поддерживать грандиозную самость и ее защиты, с нарциссическими характерологическими особенностями становится возможным обращаться более эффективно. Стыдливые аспекты самости, которые раньше отрицались, выходят на поверхность, и пока они не будут присвоены, признаны и приняты, невозможно будет достичь характерологических изменений. Если дефекты характера не исправить, а характерологические паттерны не изменить, то аддиктивный индивид всегда будет подвержен опасности срыва или склонен заменять одну аддикцию другой. Здесь психология самости и двенадцатишаговая философия объединяют силы для объяснения, понимания и лечения аддикций. Обе точки зрения дополняют друг друга и дают очень похожие рекомендации для лечения, даже если их язык и различен. Разрешение стыда и лечение расстройства самости будут обсуждаться более широко в главах об АА (Глава 7) и долгосрочном лечении (Глава 11).

Забота о себе

Алкоголики и аддикты известны своим самодеструктивным и пораженческим поведением. У них в принципе отсутствует способность заботиться о себе и защищать себя от самопоражающих действий. Поскольку химически зависимые индивиды страдают уменьшением или недоразвитием способности эго к модуляции чувств, они часто не могут сказать, что они устали, больны, голодны, встревожены или расстроены. По мере развития злоупотребления веществом они обычно приобретают и множество других вредных для здоровья привычек. Многие из них непрерывно курят, не упражняются или чрезмерно упражняются, плохо питаются и демонстрируют почти полную неспособность расслабляться и наслаждаться. Такие нарушения заботы о себе также приводят к тому, что они не могут осознавать, настораживаться, беспокоиться или пугаться в достаточной мере, чтобы избегать вредного и опасного поведения или сопротивляться ему. Поскольку в детстве они зачастую были объектами недостаточной родительской заботы, а многие из них происходят из алкогольных или дисфункциональных семей, они не готовы к соответствующей оценке последствий рискованного или самоповреждающего поведения. Они постоянно оказываются в потенциально деструктивных и болезненных обстоятельствах. Неудовлетворительные и дисфункциональные межличностные отношения являются нормой для них. Ханзян (1982) считает, что такая неспособность заботиться о себе обусловлена развитием. Обсуждая Малер и других теоретиков развития, он замечает: «Они подчеркивают важность оптимальной родительской заботы и защиты в ранний период для установления этой функции, и описывают, как крайности депривации или потакания имеют опустошительные последствия для развития этой способности» (стр. 589).

Аффективная регуляция

Пока ограниченная способность к заботе о себе не дает аддиктам или алкоголикам защититься от продолжающегося саморазрушительного и опасного поведения, они также страдают и от дефицитов в функционировании эго, которые мешают их способности использовать свои чувства в качестве проводников или управляющих сигналов для защиты от нестабильности и хаоса своей внутренней эмоциональной жизни.

У алкоголиков и аддиктов нарушена регуляция аффектов, что проявляется как «неспособность идентифицировать и вербализовать чувства, непереносимость тревоги и депрессии, неспособность модулировать чувства и активность, а также крайние проявления аффекта в виде гипомании, тревожно-фобических состояний, паники или лабильности». (Khantzian, 1982, стр. 590).

Если развитие не нарушено, чувства действуют как проводники или сигналы для регуляции поведения. Поскольку алкоголики и аддикты страдают из-за остановки в развитии, они обычно не могут дифференцировать свои чувства или понимать их. Вследствие этого, они неспособны использовать чувства в качестве сигналов. Как утверждает Ханзян, «они страдают дефектом эго, затрагивающим порог стимуляции, вследствие чего они либо неспособны идентифицировать аффекты, либо их чувства непереносимы и затопляют их. Поэтому отрицание или действие алкоголя используются для предотвращения переполнения чувствами в обстоятельствах, которые не были бы травматичными для других людей» (1982, стр. 591). Такие индивиды не могут утешить или успокоить себя в страдании, становясь зависимыми в этом от внешнего агента.

Зависимость и самость

Дефект самости ведет к невозможности сформировать эго-идеал. В схеме Кохута (1977b) алкоголики и аддикты не могут адекватно интернализировать восхитительные и желанные, ободряющие, ценимые и идеализируемые качества своих родителей. В результате им не хватает достоинства, и они страдают от хронически низкой самооценки. Вследствие неспособности правильно оценивать себя и судить о своих отношениях, они сильно зависят от внешних источников одобрения и подтверждения. Внешняя деятельность, использование других и зависимость от них — все это попытки хорошо почувствовать себя, потому что они почти совсем неспособны дать себе это изнутри.

Кернберг (1975) подчеркивает то, как ригидные и примитивные защиты этих людей ведут к вытеснению и диссоциации частей их самости. Алкоголь и наркотики можно считать попытками «дозаправить» грандиозную самость и активизировать полностью хорошие образы себя и объекта, отрицая полностью плохие интернализированные объекты. Кристал (1982) утверждал, что из-за этих защитных операций алкоголики и аддикты не могут переживать свои чувства, пока не выпьют или не примут наркотик. Прием химикатов, таким образом, позволяет получить короткий и переносимый опыт таких чувств.

Алекситимия

Алекситимия была выделена как характерный паттерн, выражающийся в неспособности называть и использовать свои эмоции. Невозможность вербализовать чувства ведет к соматизации аффективных реакций. В результате, у таких людей скорее появляются ощущения, а не чувства. Такие физиологические ощущения невозможно использовать как сигналы, но при этом они остаются болезненными и подавляющими. Такие болезненные аффективные состояния привлекают внимание скорее к самому дискомфорту, чем к «истории, стоящей за чувством». Такие индивиды отличаются поразительной неспособностью артикулировать даже самые болезненные, беспокоящие и важные чувства. Многие (если не все) их чувства переводятся в соматические жалобы на физический дискомфорт и тягу. Алкоголь и наркотики используются для блокировки аффекта и отвлечения внимания индивида от сигнала и его интерпретации. Кристал (1982) считает, что это также вносит свой вклад в «уменьшение способности фантазировать, ориентируясь на влечение. Мышление становится оперативным, приземленным и скучным. Их способность к эмпатии и развитию переноса серьезно снижена». (стр.614) Коротко говоря, алкоголики и аддикты теряют способность наслаждаться собой или другими, если они не употребили алкоголь или наркотики.

Ангедония

Многие алкоголики и аддикты не могут испытывать радость, удовольствие или счастье. Наркотики — действительно единственный способ, с помощью которого они могут достичь удовлетворения и облегчения от мучительных аффективных состояний. Кристал (1982) считает это последствием младенческой травматизации, приводящей к ориентации на «судный день». Эта ориентация подразумевает постоянное ужасное ожидание того, что непереносимые травматические состояния вернуться. Такие индивиды будут проявлять большую активность для снижения своего страха — чтобы ожидаемая катастрофа не произошла. Кристал (1982) пишет о важности этого в лечении: «вряд ли кто-нибудь знает о том, как помочь пациентам в культивировании своей способности испытывать удовольствие и веселиться. Эта проблема становится особенно серьезной, когда имеешь дело с алкоголиком-профессионалом, например, врачом. Такие люди склонны демонстрировать комбинацию тяжелой компульсивности, «работоголизма» и ангедонии, лежащую в основе их проблемного пьянства. Наркотики часто используются для того, чтобы поддерживать суровый машиноподобный режим самоконтроля. Многие из этих пациентов долгое время были очень успешными профессионалами и сделали карьеры в бизнесе. Их «великолепная» приспособленность к реальности на самом деле является частью «оперативного» жизненного стиля.» (стр. 615)

Регрессия аффекта

Вермеер (Wurmser, 1978) выстроил последовательность из семи последовательных этапов компульсивного употребления наркотиков. Цикл аддиктивного процесса включает семь стадий и всегда начинается с острого нарциссического кризиса (т.е. разочарования в себе или в любимом объекте).

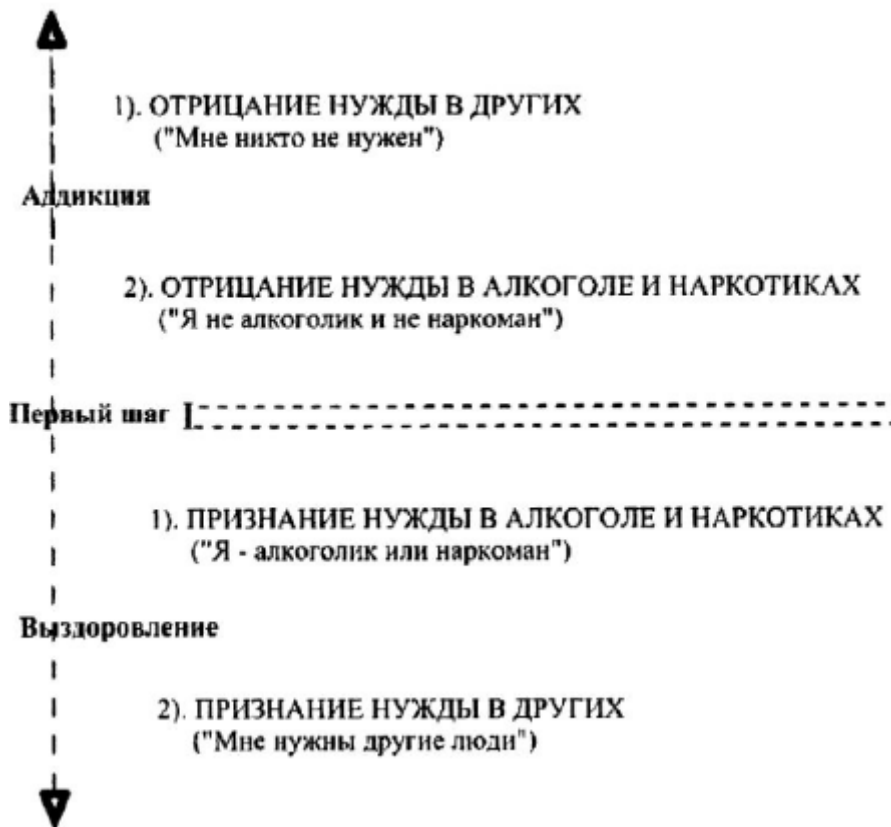
Он переживается как невыносимый удар по самоуважению, который отправляет человека в регрессивный штопор. Эти стадии таковы:

1. Случается неожиданное и резкое понижение самооценки, вызванное «большим провалом» ожиданий, которые могли быть и справедливыми, но обычно сильно завышены.
2. Нарциссическая травма вызывает регрессию аффекта, так что теперь он не может быть передан словами. Чувство не поддается контролю, это ярость, стыд или отчаяние. Аффективные защиты сокрушены и не могут служить для контейнирования чувств.
3. Аффект исчезает, а смутное, но невыносимое напряжение остается. Это может быть тоска, неистовое стремление к возбуждению и облегчению. В результате интегративной дисфункции, возрастает зависимость от экстернализации (т.е., наркотиков, возбуждения для самоутешения). Возникает расщепление между наблюдением и действием. Более беспокоящие чувства подавляются, отрицаются и отчуждаются. Индивид не может оценивать и интерпретировать то, что он переживал и воспринимал.
4. Такое развитие ведет к желанию действовать, к поиску внешнего конкретного разрешения отрицаемого внутреннего конфликта. Агрессия, возбуждение и наркотики (внешние объекты) действуют так, что индивид может направить свой аффект наружу, подальше от внутреннего дискомфорта.
5. С агрессией можно теперь иметь дело путем экстернализации. Однако, она обычно направлена против себя (стыд, унижение), так же, как и против других (нарушение социальных норм и границ). Утверждение силы путем экстернализации требует использования архаических форм агрессии.
6. Происходит расщепление суперэго. Как пишет Вермеер (1978), «Тонущий человек обычно не сильно озабочен вопросами интеграции». Надежность и честность совершенно не важны, когда затопляет отчаяние. Если обязательства перед другими и признаются, им не придается особого значения.
7. Конечная точка — совершенное удовольствие и удовлетворение. Острый нарциссический кризис временно разрешен, и потребность в восстановлении этого блаженного состояния порождает преувеличенно требовательную, нереалистическую установку по отношению к людям, что предрасполагает к сильному разочарованию и, таким образом, к повышенной нарциссической уязвимости. Цикл завершен, и они возвращаются в начальную точку того, что Вермеер называл «порочным кругом». Пациенты опять там, откуда начинали, с еще меньшим уровнем самооценки и повысившейся уязвимостью.

Межличностные отношения

Пока злоупотребляющие химическими веществами не смогут формировать взаимно удовлетворяющие отношения с другими, они будут оставаться уязвимыми для аддикции. Существует обратная зависимость между способностью индивида к формированию здоровых равноправных интимных отношений с другими и его тенденцией обращаться к наркотикам, алкоголю, сексу, еде, возбуждению, работе и многим другим формам компульсивного отвлечения как к заместительным предметам этой потребности. Как многократно указывали теоретики объектных отношений и психологии самости, мы с рождения являемся животными, ищущими объект. У нас есть врожденное влечение к поиску близкого человеческого контакта. В той степени, в которой мы лишены его или неспособны выполнить эту задачу, мы эмоционально нездоровы, или наш психологический склад дефицитарен. Много цитируемая и часто встречающаяся наклейка на бампер с надписью «Объятия, а не наркотики» гораздо точнее, чем мы порой осознаем. Это не значит, что можно с помощью любви сделать человека здоровым; такие желания и фантазии нереалистичны и являются движущей силой созависимости. Скорее, можно сказать, что отрицание потребности в других — это также отрицание своей человеческой природы. Это часто приводит нас к заменителям (наркотики, алкоголь, секс, еда) человеческой близости, тепла и заботы. Эрнест Курц (Ernest Kurtz, 1979) считает взаимность АА — один алкоголик нуждается в другом и помогает ему — краеугольным камнем процесса выздоровления и главной причиной успешности двенадцатишаговой программы. Изоляция Я от остального человечества — это последствие стыда и движущая сила аддикции, поскольку употребление химикатов усиливает отрицание, подпитывает грандиозные защиты и сохраняет эту изоляцию. Выздоровление разворачивает процесс в обратном направлении, требуя от индивида честно признаться, что он нуждается в химикатах («Я — алкоголик») для выживания, и что единственная надежда на выживание в дальнейшем — это признание, что он также нуждается и в других. Рис. 6.9 иллюстрирует данный процесс так, как он описан у Курца.

Рис. 6.9



Отрицание потребности в других («Мне никто не нужен») ведет к подмене алкоголем или наркотиком человеческой близости и интимности. По мере того, как зависимость и аддикция укрепляются, отрицание зависимости становится все заметнее («Я не алкоголик, я могу бросить в любой момент, когда захочу»). Удар об дно и проламывание отрицания разворачивает данный процесс («Я — алкоголик, у меня есть потребность пить, и я не могу ее контролировать»). В конце концов, выздоровление требует признания и принятия того, что изначально отрицалось («Мне нужны другие люди в моей жизни»), и это формирует базис для других одиннадцати шагов двенадцатишаговой программы.

С этой точки зрения, первый шаг — ничто иное, как прорыв через отрицание потребности и признание своей порочности. Быть человеком — значит быть порочным и несовершенным. С точки зрения Курца, это основа первородного греха. Пытаться отрицать свое несовершенство — значит, быть грандиозным. Ожидать, что ты сможешь быть таким, каким может быть только Бог — это идолопоклонство. Грандиозностью движет стыд. Это признание, что мы наги и грешны. Мы отведали запретного плода с Древа Познания. Стыд не может быть разрешен только принятием своей порочности; это требует также принятия другим человеком, который тоже порочен. Третий шаг АА требует, чтобы человек произвел «бесстрашную моральную инвентаризацию» себя таким, какой он есть. Это подразумевает честную оценку, без уверток и самообмана, сделанную в холодной и жестокой реальности взаимной откровенности. Ничто не должно остаться скрытым. Чтобы оставаться трезвым и чистым, нужно признать свое несовершенство и свою потребность в других. Принимая это в себе, они будут, в свою очередь, нуждаться в том, чтобы чувствовать это от других и к другим. Потребность в других и равноправная взаимность обеспечивают фундамент для продолжительного выздоровления и душевного здоровья. Способы достижения этого результата через АА будут изложены в Главе 7, а то, как это может происходить в группе — во всей остальной части книги.

Глава 7. Групповая психотерапия, АА и Двенадцатишаговые программы

Несмотря на широкое применение и огромную популярность абстинентного двенадцатишагового подхода к лечению аддикций, эта модель по-прежнему до удивительной степени игнорируется многими исследователями, или даже подвергается клевете. В последнем всеобъемлющем обзоре литературы по лечению аддикций двенадцатишаговая абстинентная модель (или подход АА, основанный на концепции болезни) была названа наиболее широко используемой формой лечения аддикций в нашей стране (Miller, 1995). Этот факт сооставлен с другим удивительным открытием: несмотря на широкую популярность этого подхода, двенадцатишаговая абстинентная модель была исключена (по большей части произвольно) из большинства предшествующих обзоров. Пытаясь объяснить это исключение, Миллер предполагает, что причиной может быть то, что на этом подходе основано мало научных работ, или что существуют методологические трудности (отсутствие адекватных контрольных групп, пристрастность и т.д.), которые приводят к тому, что результаты выглядят ненаучно. Разумеется, требование АА об анонимности своих членов по очевидным этическим причинам затрудняет научное исследование. Алкоголик также не может быть вырван из среды АА для соблюдения научной строгости. Однако, Миллер задается вопросом, не может ли исключение из обзоров исследований быть следствием идеологических расхождений между учеными и двенадцатишаговыми сообществами. Он подозревает, что «защита духовной формы лечения вносит свой вклад в недостаточную научную привлекательность и в неприятие медицинским сообществом» (1995).

Далее Миллер заключает, что это выглядит удивительным в свете недавнего национального исследования Романом (Roman, 1989) стационарных центров по лечению алкоголизма и наркомании. Данная работа обнаружила чрезвычайную зависимость от двенадцатишаговых лечебных подходов, основанных на абстиненции. В исследовании участвовало 125 лечебных центров — частных, при госпиталях и отдельных. Роман так выбрал регионы для исследования, чтобы выборка примерно репрезентировала состав лечебных программ по всей стране. Ответы давали администраторы, директора программ, клинические супервизоры, маркетинговый персонал и другие работники (консультанты, нянечки и т.д.).

В сравнении с непропорционально большим количеством профессиональных исследований неабстинентных подходов к лечению аддикций, результаты Романа были открытием. Девяносто семь процентов администраторов программ говорили, что их идеология лечения испытывает сильное влияние концепции алкоголизма как болезни. Большинство (95%) администраторов заявили, что их программы основаны на двенадцатишаговой программе АА. К тому же, 90% были уверены, что цель лечения, отличная от абстиненции, неприемлема ни для одного алкоголика или наркомана из их программ. Миллер (1995), цитируя данные Харрисона, Хоффмана и Снида (Harrison, Hoffman & Sneed, 1991), пишет:

«В оценочном исследовании эффективности метода лечения, основанного на абстиненции, была использована выборка из 8087 стационарных и 1663 амбулаторных пациентов. Через год был возобновлен контакт с 70% (4166 стационарных и 898 амбулаторных пациентов). Результаты показали, что степень сохранения абстиненции сильнейшим образом зависит от продолжающейся помощи и регулярного посещения встреч Анонимных Алкоголиков после выписки» (стр. 8).

Открытия, сделанные в литобзоре Миллера, убеждают в том, что любая серьезная попытка группового лечения алкоголиков и аддиктов требует основательного знакомства с двенадцатишаговыми программами. Ведущему группы необходимо не только говорить на одном языке с участниками, но и представлять себе аддикцию с точки зрения последних. Основательное понимание философских и прагматических аспектов программы может дать и множество других преимуществ — будет способствовать авторитету терапевта, а также позволит замечать, когда принципы двенадцатишаговой программы используются в качестве защиты. Достижение такого понимания возможно только в том случае, если эволюция двенадцатишагового движения помещается в соответствующий исторический контекст. Чтобы понять эти программы, абстиненцию, концепцию болезни и их отношение к экзистенциализму, стыду и психологии самости, требуется скрупулезное изучение общества Анонимных Алкоголиков.

Заблуждения по поводу Анонимных Алкоголиков

Как считают многие профессионалы, Анонимные Алкоголики — это осаждаемая и неверно понимаемая организация, зачастую становящаяся объектом клеветы. Огромное количество критиков АА, которые пишут о ней в пренебрежительном тоне, не утруждают себя посещением встреч АА или глубоким знанием их работ, а знакомятся с ними мимоходом, на поверхностном и исключительно аналитическом уровне. Они не могут вникнуть в тонкости программы АА и часто ошибочно приписывают организации некие качества и характеристики. Их сведения односторонни, недостоверны, а порой находятся на грани клеветы. Есть те, кто называет АА культом, религией или идеологией — ненаучной, неэмпирической и тоталитарной (напр., Jones, 1970; Tournier, 1979; Marlatt, 1983). По их словам, членов АА вынуждают к регрессивной зависимости, которая способствует их рабскому послушанию и капитуляции перед высшей силой. Ничто не может быть дальше от истины. Такая позиция полностью противоположна АА. К счастью, есть много профессионалов, чей взгляд на АА гораздо шире (например, Kurtz, 1982; Bateson, 1971; Barrett, 1985; Thune, 1977; Freimuth, 1994; Sollod, 1993; S. Brown, 1982).

До недавнего времени отношения между профессионалами и группами самопомощи типа АА были большей частью отношениями взаимного неуважения и недоверия, а возможность конструктивного взаимодействия оставалась почти без внимания. По меньшей мере частично эта поляризация порождена тем фактом, что члены АА, прежде чем найти принятие, помощь и конструктивное изменение в результате присоединения к программе, безуспешно искали помощи у профессионалов. Многие из последних, с другой стороны, находили, что попытки работать с алкоголиками традиционными методами оказываются фрустрирующими и безуспешными. И те, и другие были равно неудовлетворены своим взаимодействием. Члены АА считали профессионалов некомпетентными, равнодушными и отстраненными. А профессионалы алкоголиков — немотивированными, склонными к манипуляциям и неизлечимыми.

Однако, в последнее десятилетие некоторые разработки сблизили профессионалов и преданных членов АА. Общим предположением было то, что группы равных или самопомощи всегда ближе к «корням», чем профессиональные источники. Однако, как заметили Либерман и Борман (Lieberman, Borman, 1979), фактически именно признанные профессионалы способствовали формированию групп самопомощи и поощряли некоторые из них. Это верно и для Анонимных Алкоголиков, что можно увидеть, уделив время изучению исторических корней их двенадцатишаговой программы. Главный архитектор Анонимных Алкоголиков Билл Уилсон внимательно прочел классический текст Уильяма Джеймса «Разнообразие религиозного опыта» (1902). Философская позиция Джеймса — прагматизм — пронизывает программу выздоровления АА. Уилсон активно переписывался и с Карлом Юнгом, влияние которого ясно видно в духовном акценте программы. Курц (1982) также отмечает, что существуют «глубокие параллели между инсайтами АА и духом экзистенциальной философии» (стр. 38-39). Философские и теоретические корни АА расходятся вглубь и вширь. Источники, повлиявшие на АА, будут более детально рассматриваться далее в этой главе. Важно понимать, почему бесчисленные профессионалы продолжают так сильно заблуждаться относительно АА, в то время как единственная цель этой организации — помогать страдающим алкоголикам и воздерживаться от каких-либо дискуссий (Пятая и десятая традиции).

В то время как многие преданные профессионалы осознают (или скоро начинают осознавать) важность понимания и совместной работы с группами самопомощи, существуют и бесчисленные другие, у которых мало желания и мотивации для того, чтобы понять АА, а тем более поучиться у них. Либерман и Борман (1979) указывают на то, что у профессионалов, наиболее тесно работающих с группами самопомощи, есть нечто общее, а именно разочарование в доминирующих ортодоксиях области своей специализации — лечения аддикций. Таким образом, те, кто подолгу работает с алкоголиками и наркоманами, понимают, что более традиционные, ортодоксальные методы лечения недостаточно эффективны. Поэтому первый «тренинг», который заставляет профессионала заинтересоваться группами самопомощи типа АА — это уход от предписанных ему профессией идеологических рамок. Короче говоря, профессионалы ищут лучшие способы помочь алкоголикам в ограниченных рамках ума, в то время как алкоголики стараются отыскать метод помощи самим себе.

Многие профессионалы также должны были искать в АА лучшей помощи для себя, потому что их собственные профессиональные методы во многих случаях не срабатывали. Многие врачи, психиатры и психологи являются членами и преданными сторонниками АА по той причине, что только АА имело успех в лечении их собственных аддикций. Как пишет Курц (1982), «Пришло время принять Анонимных Алкоголиков всерьез» (стр. 30). Однако, преимущества АА не ограничиваются только терапевтическим успехом и социальной значимостью; его следует ценить и за уникальный интеллектуальный вклад. АА не имеет того уважения интеллектуалов, которого заслуживает, по множеству причин. Курц считает, что этот недостаток признания связан с отвержением нашей культурой любой экзистенциальной философии, которая подчеркивает ограничения и персональную ответственность:

«АА обычно не выглядит интеллектуально респектабельным, поскольку его основополагающее настояние на основных ограничениях и на предпочтении взаимности перед объективностью делает его контрпросветительским феноменом, противным центральному допущению самозванной «современности» (1982, стр. 38).

Тьюн (Thune, 1977) выражает сходные соображения, но считает, что заблуждения по поводу АА объясняются непозитивистским, квази-возрожденческим и трансценденталистским акцентом программы.

«Нет ничего страшного в том, что терапевтическая программа Анонимных Алкоголиков бросает вызов конвенциональным медицинским, психологическим и социологическим концепциям причинной обусловленности, и что она игнорирует открытия специалистов в этих областях. Ее корни в меньшей степени находятся в науках, чем в непозитивистских, квазивозрожденческих, трансцендентальных усилиях Оксфордских Групп. Попытки понять программу АА в рамках аналитической или позитивистской модели затемняют ее уникальность» (стр. 75).

Курц (1979) и Тьюн (1977) обращаются к этой критически важной проблеме в попытке объяснить, почему многие профессионалы по-прежнему убеждены в невозможности интеграции психотерапии и двенадцатишаговых программ, взгляды и ценности которых до такой степени расходятся (Humphreys, 1993). Соллод (Sollod, 1993) оспаривает взгляд, согласно которому ценности, типично ассоциируемые с членами двенадцатишаговых программ, и те, которые обычно поддерживаются профессионалами, являются примерами «несмешиваемых субстанций». Фреймут (Freimuth, также не соглашается с этим: «например, шестьдесят процентов членов АА искали какой-либо формы психологического лечения» (стр. 551).

Схожесть ценностей того, что Бергин (Bergin, 1981) называет «научным материализмом» и «теистическим реализмом» — лишь один пример терапевтического психологического подхода, признающего, что между ценностями АА и более научно ориентированных психотерапевтов не должно быть непреодолимой пропасти. Профессионалы, которые хотят эффективно работать с алкоголиками и наркоманами, должны преодолеть этот разрыв, и единственный способ сделать это — основательно изучить собственные ценности и предубеждения.

Ценности, наука и АА

Пересмотр ценностей в науке — не новость. Собственные идиосинкратические переживания ученого могут исказить самые объективные объяснения и наблюдения. Кун (Kuhn, 1962), к примеру, пишет, что, хотя ученые могут разделять многие ценности, они часто будут по-разному их применять. Обычно суждение о точных фактах стабильно. Однако, суждения о простоте, последовательности, правдоподобии и т.д. часто сильно различаются от человека к человеку. Короче говоря, хотя ценности широко разделяются учеными, и хотя преданность им глубоко присуща науке, применение ценностей иногда заметным образом зависит от особенностей личности и истории, которые и определяют способ применения и интерпретации этих ценностей.

Рассудок против знания

Путаница в вопросе, свободен ли научный подход от ценностей — постоянная проблема философии науки. Франк (Frank, 1961) кратко отметил, что исследователи настаивают на изучении ценностно-нагруженного поведения скорее в рамках исключительно научных критериев, чем с непосредственным привлечением критериев культуральных. Как убедительно доказал Уайтхед (Whitehead, 1925), лучшим способом выйти за пределы культурно определенных предрассудков по поводу реальности является абстракция. Уайтхед приписывает развитие науки чистой математике, «самому оригинальному творению человеческого духа» (стр. 19).

Как считает Уайтхед, чем абстрактнее, тем лучше — это избавляет нас от всех ожиданий и предубеждений по поводу реальности. Математика — это процесс-посредник между абстрактным и конкретным. Имея дело с чистой математикой, вы находитесь в царстве полной абстракции, и, чтобы достичь истины, очищенной от предрассудков, вам нужно, чтобы абстракция имела дело с объектами во всей полноте их уникальности.

Однако, Уайтхед предупреждает, что неразборчивое применение абстракции — главный порок интеллекта, и что в этом деле необходимо благоразумное использование рассудка. В ответ на высокомерное применение абстракций Уайтхед, подобно Эмерсону, указывает на различие между пониманием и разумом. Ральф Уолдо Эмерсон считал разум высшей формой понимания, поскольку допускал, что интуитивные чувствования «сердцем» и настроения дополняют другие перцептивные аспекты реальности (White, 1972). Важно помнить, что Эмерсон и трансценденталисты имели важное влияние на движение Оксфордских Групп. Одно лишь понимание, как осознали Эмерсон, трансценденталисты и, наконец, Оксфордские группы и АА, неспособно вместить в себя нравственное единство наших отношений с космосом, поскольку базируется на знании, ограниченном нашими пятью органами чувств и, таким образом, представляет нам искаженный образ реальности. За многие годы до того, как Эмерсон развил свою доктрину нравственного чувства как альтернативного метода достижения знания, Кант (цит. по White, 1972) «решил» эту проблему для трансценденталистов. Он убедительно доказал, что ни наше интеллектуальное понимание, ни рациональный ум в отдельности не могут вести к знанию того, каковы вещи сами по себе (Кант называл это ноуменами¹), или каковы мы внутри себя, пока наше понимание не сможет проникнуть за пределы области нашего возможного опыта и его ограничений (феноменов). Кант показал, что время и пространство — не эмпирические понятия, производные от нашего опыта, но нечто «априорное», налагаемое на наши переживания, чтобы помочь нам «понять смысл» феноменов. Кант демонстрировал, что пространство и время — это не то, что мы воспринимаем; скорее, они отражают то, как мы воспринимаем. Наш разум организует феномены в категории. Вслед за Юмом Кант указывал на то, что видимое нами в качестве причины и следствия — ничто иное, как «постоянная конъюнкция», или привычка. Это, может быть, полезная и необходимая привычка, но, тем не менее, она ведет к тому, что мы видим и воспринимаем то, что нам знакомо. Мы склонны упускать не соответствующее нашим ожиданиям. Знающий ум — не пассивный зритель, а активный агент. Он не просто рисует мир, он его формирует. Из-за способа, которым наш ум структурирует объективный мир, мы подвержены тем же принципам причинности. Ноуменальный мир реальности никогда не может быть полностью понят только рациональным умом. Для преодоления этого затруднения Кант обратился к практическому разуму, или трансцендентальным способам познания, чтобы помочь объяснить сверхчувственный мир ноуменов, состоящий из сущностей, находящихся вне времени и пространства и, таким образом, не подверженных действию причинности или двойственности. Целью Канта было определить область и пределы рационального. В конце концов, он апеллировал к нравственному чувству, или сердцу, как к другому способу познания. Как он написал позже, «Я должен был ограничить разум, чтобы освободить место вере».

1 т.е. «вещь в себе», в противоположность «феномену» (прим, ред.)

Осборн и Болдуин (Osborne, Baldwin, 1982) выражают сходные соображения, когда призывают психотерапевтов исследовать ограничения своего восприятия реальности во время работы с пациентами. Они утверждают, что большей частью психотерапия заключается в переходе от одной иллюзии к другой, и что высокомерие или уверенность терапевтов в том, что их интерпретация реальности — единственно верная реальность, порождают множество неожиданных трудностей не только для их пациентов, но и для них самих. Как предупреждал Якоб Броновски (Jacob Bronowski, 1973), «Когда люди верят, что обладают абсолютным знанием, не тестируя реальность ... тогда они стремятся к божественному знанию». Никогда не следует путать знание с уверенностью. Это заблуждение может иметь катастрофические последствия. Вацлавик (Watzlawick, 1978) также согласен, что самое опасное заблуждение это «уверенность в том, что собственный взгляд на реальность единственная реальность» (стр. xiii). В самом деле, как утверждают Осборн и Болдуин, многие профессиональные психотерапевты, возможно, попадали со своими пациентами в «отыгрывание иллюзии, которая гораздо шире, чем проблема клиента» (стр. 266). Это очень важно, поскольку, хотя многие профессионалы могут легко критиковать идеологическую базу АА, они не способны с той же критической скрупулезностью исследовать собственные перцептивные предрассудки. Тесно связана с этим процессом и неспособность осознать, что конвенциональное различие между фактами и ценностями может быть лишь еще одной иллюзией, отражающей «псевдо-объективность, базирующуюся на интересубъективности» (стр. 267). Или, как утверждает Биксенштейн (Bixenstine, 1956), факты не могут быть отделены от ценностей, но в действительности составляют их особый класс.

Самообман не ограничивается только алкоголиками и наркоманами в состоянии отрицания. Он присутствует также в любом человеке, обуреваемом высокомерной уверенностью и гордостью, которые мешают его разуму исследовать свои ограничения. Разум без смирения становится самообманом. Развитие Зигмундом Фрейдом психоаналитического метода (1910) было первоначально нацелено на помощь в достижении большего самоосознания и честности перед самим собой. Фрейд ясно понимал, что мы склонны обманывать себя, и что наш рациональный ум со всеми выработанными им защитами — главное препятствие, которое надо преодолеть в этом процессе. Вслед за Сократом Фрейд призывал «познать себя». Психоанализ был построен на фундаменте, заложенном задолго до этого древнегреческой максимой: «Ты познаешь истину, и истина сделает тебя свободным». Ханс Страпп (Hans Strupp, 1972) резюмировал это так: «В отличие от многих людей до него, Фрейд идентифицировал самообман как всепроникающую и универсальную человеческую характеристику. Проникновение в наши бессознательные мотивации посредством психоанализа означало дорогу к некоему виду господства и контроля, который имел в виду Фрейд» (стр. 40).

К несчастью, главным предметом веры Фрейда стал хрупкий человеческий интеллект, который должен служить единственным надежным проводником в этом раскрытии правды. Увы, как указывает Страпп, интеллект рационального мышления может быть такой же иллюзией, какой Фрейд считал религию. К сожалению, Фрейд шел путем, проложенным до него философами, которые верили в то, что человеческий разум способен раскрыть секреты мироздания и, таким образом, предложить человечеству конечную истину. Но, как и предупреждал Шестов (1932), эти философы достигли успеха только в том, что приковали человечество к власти Ананке (рассудка), который они рабски почитают божеством: «Разум действует без заповедей, люди полюбят его от всей души. Теория познания просто поет хвалы разуму, никто не имеет дерзости усомниться в нем, и еще меньше тех, кто осмелится сомневаться в верховенстве его власти» (стр. 33).

Наука против религии

Бергин (1981) первым заявил, что наука потеряла свой былой авторитет доминирующего источника истины. «Это изменение отражается и стимулируется анализом, который обнаруживает, что наука должна быть интуитивной и основанной на ценностях культурной формой» (стр. 95). Бергин полагает, что наука, в которой доминирует механистическое мышление и этический натурализм, доказала свою недостаточность, и необходимо нечто большее. Это особенно актуально перед лицом духовных и социальных провалов многих религиозных систем, за которыми последовали и провалы нерелигиозных подходов. Бергин, как и Бакан (Bakan, 1972), противопоставляет преклонению перед научным методом вместо Бога и осуждает представления о научном «методологизме». Ницше говорит о том же, описывая озабоченность Западной культуры научным методом в качестве примера религиозного идолопоклонства, которое принимает форму «заискивания перед фактами». Малколм Маггеридж (Malcolm Muggeridge, 1980) предостерегает против сухой аккумуляции знания, говоря: «Накопление знания есть форма алчности, и представляет собой другую версию истории Мидаса. Это время человека, столь алчущего знания, что все, к чему он прикасается, обращается в факты; его вера становится теологией; его любовь становится развратом; его мудрость становится наукой; гонясь за смыслом, он игнорирует истину». Поиск знания без понимания его отношения к истине, по Маггериджу, не только бесполезен, но и вреден. Он — не противник знания или науки, но уверен, что их «нужно использовать так, чтобы они служили Божьему промыслу». Под этим он подразумевает, что знание, применяемое без связи с духовным и эмоциональным — сущая абстракция, отчуждающая нас от аутентичности собственных переживаний.

Различия между религиозными и научными критериями могут быть очень тонкими. Франк (1972), например, провел остроумное сравнение католической религии и своей дисциплины, психологии, которую он называет Религией Душевного Здоровья.

«Движение Душевного Здоровья в некоторых отношениях напоминает организованные религии. Наука — его теология, из которой следуют ритуалы, подобные этой конференции. Здесь представители духовенства читают бумаги своим коллегам, которые стараются поддерживать атмосферу уважительного внимания. Как приверженец этой религии, я бы хотел указать на то, что, как и все религии, она ведет свою паству к игнорированию феноменов, которые не вписываются в ее космологию» (стр. 242-243).

Уайтхед настаивает на том, что наука принимает этот вызов и расширяет свою парадигму, чтобы включить туда интуицию и эмоции. Тем самым он выступает против научного Логоса и бесчеловечной установки современной науки — менталитета, который сводит природу к «тоскливому делу, беззвучному, без запаха, без цвета; только гонящемуся за материалом, бесконечно и бессмысленно» (Brown, 1959, стр. 316). Таким образом, современная наука подтверждает афоризм Ференци: «Чистый разум — продукт умирания, или, по меньшей мере, превращения в душевно бесчувственное существо, и поэтому принципиально это — безумие» (Brown, 1959, стр. 317). Уайтхед соглашается с этим: «Требуется понимание бесконечного разнообразия живых ценностей, выработанных организмом в подходящем ему окружении. Когда вы понимаете все о солнце, и все об атмосфере, и все о вращении земли, вы все же можете пропустить сияние заката. Ничто не может заменить прямое восприятие чего-то конкретного, достижение его во всей его актуальности» (стр. 199).

Тем самым Уайтхед предлагает видеть в конкретном выход из лабиринта абстрактного мышления. В отличие от Эмерсона и трансцендентальных верований, оказавших влияние на АА, он не апеллирует к чувству как высшей форме знания. Однако, он предполагает необходимость развития и более всеобъемлющего признания наших отношений с космосом — отношений, в которых конкретное не путается с абстрактным, и которые достигают большего, чем может предложить наш слабый интеллект.

Таким образом, Уайтхед критикует не сам по себе научный метод, а скорее «заблуждение потерянной конкретности». Он предупреждает об опасности потери себя в абстрактном идеализме собственного мышления. Мы путаем абстрактное с конкретным, а потом принимаем первое за реальность. «Научный материализм» «грубого факта» не может быть применен к самой реальности, поскольку внешние объекты существуют не в смысле «простого местонахождения» (вон там), но скорее в отношении. «Научное исследование», как предупреждает Уайтхед, «не может говорить о сущности без ссылки на отношение к мирозданию как целому, и на его отношение к сущности» (стр. 39). Он признает, что, хотя наука сейчас заявляет, что не нуждается в философии, фактически она находится под греческим влиянием, признает она это или нет. «Живая наука невозможна», рассуждает Уайтхед, «и не может существовать, если только нет веры в природный порядок» (1925, стр. 39).

Философия науки и пределы рациональности

Американская философия характеризуется, в частности, своей реакцией на вызов современной науки и научного метода. Как показывает Мортон Уайт (Morton White, 1972), американскую философскую мысль пронизывает сильнейшая дуалистическая тенденция. Этот дуализм проявился как реакция нравственного чувства на заявления науки о том, что знание определяется опытом или ограничивается аналитическим умом. Ральф Уолдо Эмерсон, Джонатан Эдвардс, Уильям Джеймс и Чарлз Пирс провозглашали, что обращение к некоей форме эмоций, чувства или страсти есть метод установления знания, фундаментально отличного от того, которое ассоциируется с научным методом. Как писал Джеймс, «наука может сказать нам, что нечто существует; но чтобы подвергнуть сравнению стоимость (worth), которая одновременно и существует, и не существует, мы должны обратиться не к науке, а к тому, что Паскаль называл нашим сердцем» (цит. по White, 1972, стр. 192).

Физики, в частности, проиллюстрировали далеко идущие выводы, возможные в случае, когда наука в своих исследованиях способна объединиться с нравственным чувством. «Концептуальные тайны», как показал Броновски, «разрешаются в квантовой физике математическими формулами только после того, как сначала разрешились как душевные тайны ... и требуют не вычисления, но инсайта, воображения — если хотите, метафизики» (Bronowski, 1973, стр. 363). Макс Борн поддержал эту позицию, признавшись: «Сейчас я убежден, что теоретическая физика в действительности является философией» (цит. по Bronowski, 1973, стр. 364). Он имел в виду то, что новые идеи в физике приводят к другому взгляду на реальность. Мир не является фиксированным, твердым массивом объектов, поскольку он не может быть полностью отделен от нашего восприятия. Он меняется под нашим пристальным взглядом, он взаимодействует с нами, и знание, которое он несет, должно быть нами истолковано.

Пытаясь различить кажимость и реальность, обнажить фундаментальную структуру мироздания, наука должна быть переводчиком для «толпы чувств». Величие ее здания, как указывал Эйнштейн, «было куплено ценой пустоты содержания» (по Barnett, 1948, стр. 113).

Таким образом, ученые постепенно были вынуждены покинуть обычный мир нашего опыта, мир чувственных восприятий. По контрасту с величественным зданием, построенным Джоном Локком и рационалистами, давая определение знанию, ученые пришли к блестящему заключению: пока качества существуют только в уме, вся объективная вселенная материи и энергии, атомов и звезд, не существует иначе, как в виде конструкции сознания — совокупности конвенциональных символов, сформированных человеческими органами чувств.

Как пишет Барнетт,

«Как ни парадоксально, то, что ученый и философ называли миром кажущегося — мир света и цвета, созданный физиологией человеческих органов чувств — это мир, в котором ограниченный человек заключен своей природной сущностью.

А то, что ученый называл миром реальности — бесцветный, беззвучный, неосязаемый космос, лежащий, как айсберг, под поверхностью человеческого восприятия — это скелетная структура символов» (Barnett, 1948, стр. 137).

Во время своего краткого пребывания на земле люди эгоцентрически упорядочивают в уме события в соответствии с собственным ощущением прошлого, настоящего и будущего. Но за пределами нашего сознания вселенная, объективный мир реальности не “случается”; он просто существует. Он может быть охвачен в своей целостности и величии только космическим интеллектом. В то время как наука ничего не говорит нам о подлинной “природе” вещей, она, тем не менее, успешно определяет их отношения и изображает события, в которых они задействованы. “Событие”, как заявляет Уайтхед — это “единица реальности вещей” (1933, стр. 198). Здесь он имеет в виду то, что, как бы ни менялись теоретические системы, и как бы ни были пусты и бессодержательны символы и понятия, сущностные и прочные факты жизни — это случаи, деятельность, события. Например, принцип неопределенности говорит о том, что мы не можем предсказать действительное столкновение электронов. В этом смысле электроны не “реальны” а являются всего лишь теоретическими символами. С другой стороны, сама встреча “реальна” — событие “реально”. Это как если бы истинно объективный мир всегда лежал полускрытым под прозрачным пластиковым куполом нашего сознания, и не мог быть охвачен нашими чувствами, а мог быть только пережит в опыте бытия.

Принцип неопределенности утверждает, что с помощью любых принципов, ныне известных науке, невозможно определить одновременно и положение, и скорость электрона. Поскольку самим актом наблюдения его местоположения изменяется его скорость, и наоборот, чем точнее определяется скорость, тем более неопределенной становится позиция. Квантовая физика, таким образом, потрясает два столпа старой науки — причинность и детерминизм. Своим допущением пределов неопределенности она опрокидывает давнюю надежду на то, что наука, взяв настоящее положение и скорость каждого материального тела во Вселенной, сможет предсказать ее историю на все времена. Один побочный продукт этой капитуляции — новый аргумент в пользу существования свободы воли. Если физические события не детерминированы, а будущее непредсказуемо, то, возможно, некоторое количество того, что называют “разумом” может управлять судьбой человечества среди бесконечных неопределенностей капризного мироздания.

Здесь Принцип Неопределенности Вернера Гейзенберга поражает нас своей великой простотой. Броновски провозглашает его “глубочайшей идеей, одной из величайших научных идей, не только в двадцатом веке, но и в истории науки вообще” (Bronowski, 1973, стр. 365). В каком-то смысле, это прочный принцип на каждый день. Существует такой факт: люди не могут наблюдать природу объективно, но неизбежно принимают участие в наблюдаемом процессе. Принцип Гейзенберга, утверждающий, что не может быть физики без наблюдателя, кажется все более и более первичным физическим законом. Ответы на загадки человеческого состояния, кажется, находятся там, где наука и религия, рациональное и интуитивное, разум и сердце — все начинает смешиваться и все идет в зачет.

Пределы рационального мышления и науки

Диалектический баланс между определенностью знания с одной стороны и неопределенностью существования, как оно прожито, с другой, был не только дилеммой, стоящей перед социологами и философами в начале 20 века. Он также был живым опытом каждого алкоголика после краха 1929 года и Великой Депрессии 30-х. В этой атмосфере накопления знаний, когда научные методы обещали, кажется, бесконечные возможности господства, контроля и понимания мира, существовал актуальный опыт страха, сомнений, ужаса и неопределенности. Крушение иллюзий периода постпросвещения отражало тот факт, что общество приходит к осознанию реальности: обещания науки и рациональности не просто ограничены, но обманчивы. Это также отражало и дилемму людей, старавшихся разрешить собственные личностные конфликты — между разумом и тем, что они чувствовали сердцем на реальном, эмоциональном уровне. Из этой эмоциональной и интеллектуальной атмосферы возникли экзистенциализм, психоанализ и, наконец, Анонимные Алкоголики. Обширный и объемный анализ социального, культурного и интеллектуального климата, который породил взаимосвязь АА, современной психологии и экзистенциальной философии, дан Эрнестом Курцем (1979). Описывая парадокс большего, становящегося меньшим, и то, как конфронтация между высокомерием и ограниченностью разыгрывалась на социальном уровне — в экзистенциальной философии, и на персональном уровне — в каждом практикующем алкоголике, Курц пишет: «Американская история двадцатого века — это история четырех парадоксов современности, которые все нарастают, противоречий, обуревавших первых американцев, а теперь и всех нынешних. Самый триумф рационализации и контроля, кажется, открывает только конечную невозможность любой окончательной рационализации и контроля. Жажда и поиск большей рациональности и большего контроля усиливается, хотя каждый следующий успех кажется все более пустым. Фундаментальное стремление современности, самая ее идентичность, с точки зрения самой современности, открывает свою врожденную аддиктивность; Это постоянное стремление ко все большему, которое удовлетворяет все меньше» (1979, стр. 171).

Курц считает, что дилемма, встающая перед экзистенциалистами — это предвидение дилеммы, с которой вынужден столкнуться каждый алкоголик. Экзистенциальные писатели, особенно Сартр и Хайдеггер, говорили о правде человеческого существования (которую Хайдеггер назвал Дазайн) как о чем-то, что было потеряно. Диалектический идеализм Гегеля и картезианское познание, с их тщетным поиском абсолютной объективности и чрезмерным акцентом на разуме и вещи в ущерб чувству и бытию, были финальным клином, который отколол людей от самих себя. Возражая и Гегелю, и Декарту, Сёрен Кьеркегор перевернул знаменитое кредо Декарта «Я мыслю, следовательно, существую» с ног на голову — «Я существую, следовательно, мыслю». Для Кьеркегора, как и для большинства других экзистенциалистов, бытие всегда предшествует мышлению. Наше чрезмерное вложение в мышление происходит за счет потери бытия в гармонии с самим собой. Экзистенциалисты, в противоположность растущей тенденции остальной Западной философии и логических позитивистов, сосредоточились на преимуществах неопределенности. Экзистенциальные писатели придерживались мнения, что мы ничего не знаем наверняка, за исключением, как ни парадоксально, того, что мы не знаем. Мартин Бубер писал о том же: знание (knowledge) всегда становится бременем, или приходит ценой знания-как-действия (knowing). Этим он хотел сказать, что, в отличие от прочих живых тварей, которые безусловно являются тем, что они есть, и, таким образом, их не беспокоит необходимость найти смысл своей жизни, мы обречены знать, что мы не знаем, и что мы никогда не узнаем. Несмотря на это, как говорил Хайдеггер, мы должны всегда продолжать задавать трудные вопросы — зная, что никогда не получим полного и исчерпывающего ответа.

Аддикция, с этой точки зрения, подразумевает насильственную конфронтацию между нашей иллюзией неограниченного знания, власти и контроля, и мукой, тревогой, страхом и ужасом, которые приходят с признанием того, что мы не знаем, и того, что мы ограничены и смертны. Курц, обращаясь к этой проблеме, утверждал, что восприятие аддиктивной болезни как метафоры человеческого состояния вполне закономерно. Проводя параллели между АА и классической позицией Евангелистов, Курц (1979) писал: «Этот древний инсайт убеждает в том, что человечество существует в ограниченном состоянии бытия, и что трансценденция этой ограниченности требует, во-первых, ее принятия, а затем заключения о том, что спасение от нее приходит извне индивидуального Я» (стр. 202). Курц утверждает, что аддикция — процесс, отражающий состояние, также являющееся метафорой затруднительного положения человека. Каждый раз, когда мы чрезмерно полагаемся на внешние источники удовлетворения (или подтверждения), как на средства, устанавливающие нашу ценность, дающие нам смысл или обеспечивающие нам счастье и удовольствие, не заработанное правильными действиями и отношениями, мы тем самым пытаемся контролировать то, что нашему контролю не подвластно. Аддикция — это следствие нашей чрезмерной заносчивости, стремления к контролю и требований неограниченного удовлетворения. Использование наркотиков и алкоголя для поддержания высокомерного контроля и иллюзии ненуждаемости в других ускоряет неизбежный процесс. Аддикция конденсирует наш опыт. Она — для толпы поклонников MTV, потому что ускоряет неизбежную конфронтацию между тем, чем мы пытаемся быть, и тем, чем являемся в реальности.

АА называет эту конфронтацию со своими ограничениями «ударом об дно». Другие представители двенадцатишаговых программ иногда говорят о ней как о духовном кризисе. Экзистенциалисты называют это экзистенциальным кризисом. Как и АА, экзистенциалисты понимают, что эта конфронтация должна быть индивидуальной, переживаемой в одиночестве, за пределами традиционных определений и ограничений культурно-одобряемых институций типа церкви или современной медицины. Неудивительно, что движение самопомощи должно было стать средством, обеспечивающим направление для ее развития.

Движение самопомощи

Свой вклад в движение самопомощи (АА — его самый ранний и известный представитель) внесли несколько факторов. Один из них — американский этнический плюрализм; американцы — объединители, часто ищущие социальной идентичности через групповую аффилиацию (Dumont, 1974). Также имеет значение ограниченность числа доступных профессионалов, могущих предложить помощь. В 30-е годы, когда сформировалось АА, их было еще меньше. Психотерапия была почти исключительно индивидуальной. Те терапевты, которые были доступны, продолжали проводить терапию один-на-один и очень мало использовали терапевтический потенциал групп и товарищеского воздействия. Вследствие этого, они терпели неудачу в попытках охватить множество людей — это можно сделать, только работая в основном с группами. Таким образом, профессионалы не отвечали имеющемуся спросу, поскольку их было слишком мало, и они не могли использовать более эффективные и уместные терапевтические стратегии, соответствующие представленным им расстройствам.

Даже если бы запасы профессионалов были достаточными, и эти профессионалы использовали самые эффективные индивидуальные подходы к тем проблемам, с которыми имеют дело группы самопомощи, последние все равно должны процветать по ряду других причин. Две наиболее важные таковы: группы самопомощи недороги или бесплатны, а товарищеское воздействие — очень сильно.

Это особенно верно в случае, когда товарищи имеют ту же проблему. Идентификация, поддержка и разделение общей заботы — мощные целительные силы. До недавнего времени профессионалы не понимали максимизации терапевтической пользы в группе. АА интуитивно дошли до того, из чего Ялом и другие начали извлекать пользу организованным образом. Равные зачастую оказывают большее влияние, чем профессионалы, в продуцировании поведенческого изменения.

Психологическая теория и исследования поддерживают мнение клиницистов о том, что товарищи — источник важного воздействия. Равные оказывают огромное влияние на человека в детстве и в подростковом возрасте (Muus, 1968; Patterson, Anderson, 1964). Влияние равных особенно важно для ранней социализации (Hartup, 1970). Фестингер (Festinger, 1954) представил убедительные доказательства того, что люди гораздо больше поддаются влиянию тех, кого они воспринимают как похожих на себя. Гартнер и Риссман (Gartner, Riessman, 1984) соглашались с этим: «Сильнейшее влияние оказывают те, кого субъект считает себе подобным. Например, услышав утверждение давнего члена АА на встрече, что он алкоголик, и видя, что тот очевидно контролирует себя, новый член видит, кем может стать и он» (стр. 21). Эмрик, Лассен и Эдвардс (Emrick, Lassen, Edwards, 1977) выражали сходные соображения: «Понятие «ресоциализация» может лучше всего описать события, происходящие в ориентированных на равных стационарных лечебных центрах для наркоманов, и их механизмы» (стр. 121).

Товарищи воздействуют на людей, а группы равных действуют еще сильнее. Исследования, проведенные Эмриком, Лассеном и Эдвардсом, указывают на роль групп в обеспечении социальной поддержки, социальной идентичности и социальной реальности индивида. Товарищеские группы оказывают еще большее влияние, чем группы, составленные из разных людей. По определению, базис сходства в товарищеских группах больше — объединяет проблема, которая стала причиной присоединения к ней. Общие переживания и установки по отношению к алкоголю и наркотикам приводят к большему межличностному притяжению. Гомогенность группы, как ясно продемонстрировал Ялом, ведет к большей сплоченности. Гомогенность и сплоченность, в свою очередь, ведут к большему воздействию членов группы, так же как к сходству отношений и установок. Добавим к этому факт, что люди лучше и с большей готовностью учатся именно у товарищей, и охотно их копируют, доказательством чего может служить широкое распространение и процветание групп самопомощи типа АА.

Анонимные Алкоголики: исторические корни

Обычно датой рождения АА считают 1935 год, но программа зародилась раньше и началась со своего основателя, Билла Уилсона. Чтобы понять историю АА, вы должны понять Уильяма Гриффита Уилсона. Безнадежный, как казалось, алкоголик, дважды ловивший удачу на Уолл-Стрит и терявший ее, Уилсон был чрезвычайно любознательным человеком. Многие годы он пытался контролировать свое пьянство, переживая повторяющиеся провалы. Когда он был уже на грани отчаяния и суицида, перед четвертой и последней госпитализацией в связи с алкоголизмом, к нему пришел его хороший друг. Эбби Т. — безнадежный алкоголик, как и Уилсон. Он был на удивление трезв. Он сказал Уилсону, что обрел спасение от алкоголизма, присоединившись к Оксфордской группе — евангелически-ориентированному движению, воссоздающему религиозные инсайты раннего христианства. Эбби Т. пришел в Оксфордскую группу по рекомендации Роланда Х., своего друга, бывшего пациента известного швейцарского психиатра Карла Юнга. Этот талантливый и богатый молодой человек, перепробовав все известные способы лечения алкоголизма, в 1931 году в отчаянии приехал в Цюрих, чтобы пройти анализ у Юнга. Незадолго до возвращения в США Роланд Х. снова сорвался. Впоследствии он услышал от Юнга, что является «безнадежным с точки зрения зрения медицинского и психиатрического лечения», а надежда на его выздоровление кроется в «глубоком духовном или религиозном опыте — короче говоря, в подлинном обращении.» Однако, он получил предупреждение: «хотя такой опыт и приводил иногда к выздоровлению алкоголиков, он был ... сравнительно редким явлением» (Kurtz, 1979, стр. 8-9). Пересказывая эту историю своему другу Биллу У., Эбби Т. передал и прозрение Юнга. Данное событие приобрело значение для Уилсона и АА лишь несколько позже.

Несмотря на усилия Эбби, Уилсон не смог остаться трезвым. Однако, он поделился полученной информацией со своим врачом, Уильямом Д. Силквортом. Под влиянием этих людей (Юнг, Силкворт, Эбби Т.) начала разворачиваться серия событий, которая в конце концов и послужила основанием программы АА.

В работе «Анонимные Алкоголики созревают» (1957) Уилсон признал важность для АА Уильяма Д. Силкворта: он помог заложить фундамент, на котором базируется концепция алкоголизма как болезни. Не менее важно и то, что именно Силкворт процитировал утверждение Уильяма Джеймса: «трансформирующие духовные переживания почти всегда порождаются бедствиями и крушениями» (James, 1902). В своей книге Уилсон описывает преобразующий опыт, с которым он столкнулся во время лечения приступа депрессии и тревоги, последовавшего за последним запоем. Судя по доступным описаниям, он пережил то, что философская и религиозная литература обычно называет мистическим опытом (Buber, 1960; Kaufmann, 1965; Stace, 1966). Записанное Уилсоном обладает многими общими свойствами подобного опыта, типичными и выходящими за пределы исторического контекста и культурных влияний. Как правило, рассказывают о вспышках ослепительно яркого света, за которыми следуют периоды эйфории, ощущения вечности, безмятежности и чувства единства с неким высшим присутствием. Как писал Уилсон, «теперь я обнаружил себя в новом мире сознательного, которое все было залито Присутствием. Я был один на один со Вселенной, и великий покой снизошел на меня» (цит. по Kurtz, 1979, стр. 20).

Уилсона сильно напугало это «духовное переживание». Не предупреждал ли его доктор Силкворт об алкогольном повреждении мозга? Только много позже, на конференции АА в 1955 году, Уилсон доверил это бумаге. Он неохотно рассказывал об этом событии, поскольку обнаружил, что оно скорее вредит его авторитету, чем укрепляет его. Нет ничего, чего он хотел бы избежать больше, чем впечатления об АА как компании пьяниц, протрезвевших по причине обращения к религии.

Когда у него было немного времени, чтобы поразмыслить над своим переживанием, Уилсон начал его всячески тестировать. Дискуссии с другом, доктором Силквортом, убедили его в том, что он не сумасшедший, и что преобразующие переживания иногда посещали «безнадежных алкоголиков», которые после этого менялись и выздоравливали от алкоголизма. Силкворт отослал Уилсона к «Разнообразию религиозного опыта» Уильяма Джеймса. В последующие годы он проработал и другие произведения этого ученого. Самым важным в этом было то, что Уилсон приобрел генерализованный взгляд на преобразующий опыт. Теория Джеймса говорит о том, что духовные переживания имеют определенную объективную реальность и могут полностью трансформировать жизнь человека. Некоторые, но никоим образом не все они, как считал Джеймс, приходят через религиозные каналы. Однако, все, как кажется, имеют своим источником боль и совершенную безнадежность. Полное «опускание до глубины» было одним из требований для того, чтобы некто стал готов к трансформирующему переживанию. Такое «опускание вглубь», как знает любой выздоравливающий алкоголик, в терминологии АА называется ударом об дно.

Лейба (Leuba, 1896) и Старбак (Starbuck, 1899) — их произведения часто цитирует Джеймс — обращались к преобразующему переживанию во всей его ясности. Лейба подчеркивал радикальность происходящих изменений, а также указывал, что второе предварительное условие для этого — капитуляция Я. Фактически, это и есть первый шаг двенадцатишаговой программы АА. Но Уилсон по-прежнему был насторожен. До срока, наступившего много позже, он был неспособен интегрировать свой опыт. Курц улавливает эту борьбу, когда пишет о понимании Уилсоном своего переживания посредством чтения Уильяма Джеймса. То, что Уилсон понял — или думал, что понял — из этой книги, должно было доказать свою значимость для истории Анонимных Алкоголиков: «... Духовные переживания, как думал Джеймс, могут иметь объективную реальность; они могут трансформировать людей, почти как подарки с неба. Некоторые представляли собой внезапную сверкающую иллюминацию; другие происходили очень постепенно. Некоторые притекали по религиозным каналам, другие — нет. Но почти все они имели огромный общий знаменатель — боль, страдания и бедствия. Для того, чтобы сделать воспринимающего готовым, почти всегда требовалась полнейшая безнадежность и погружение в глубину. Значительность всего этого буквально обрушилась на меня. Погружение в глубину — да, это было оно. В точности то, что произошло со мной.

Это было сутью того, что понял Уилсон; также важно было и значение, которое, как он обнаружил, было этому присуще, поскольку его важность была — вместе с его «духовным переживанием» — третьей из четырех частей, из которых образовались Анонимные Алкоголики. Половина стержневой идеи — а именно, необходимость духовного преобразования — пришла от Карла Юнга через Роланда. Внедренная в практику Оксфордских групп, она должна была вызвать и вторую половину, пока отделенную — синхронную передачу дефляции (уменьшения высокомерия) и надежды «одним алкоголиком, говорящим с другим», как это происходило на первой встрече между Биллом и Эбби. Теперь, под добросердечным руководством д-ра Силкворта и влиянием глубокой мысли Уильяма Джеймса, две «половины объединились в уме Уилсона, чтобы сформировать еще только подразумеваемое целое» (Kurtz, 1979, стр. 20-21).

Уилсон пришел к пониманию того, что такие драматические личностные сдвиги редко, но все же происходят. Самый важный среди них — феномен обращения (аналогичный религиозному обращению), множество примеров которого привел Уильям Джеймс, а также Карл Юнг в описании своих случаев. Таким же образом Юнг сообщил Уилсону, что некоторые травматические неврозы и срывы происходят после успешной терапии, и такие случаи представляют собой сдвиг от здоровья к неврозу.

Мартин Хайдеггер (1963) и Карл Ясперс (1975) также писали о ситуациях, которые способны подвинуть индивидов на совершение драматических и решительных перемен в своей жизни. Ясперс называет это «предельными ситуациями», то есть условиями, в которых люди должны лицом к лицу встретиться с тщетностью имеющегося стиля или паттерна взаимодействия. Предельные ситуации, как описывает их Хайдеггер, действуют как катализатор оценки и конфронтации с собственным существованием. Мука и отчаяние (тревога) — необходимые эмоциональные компоненты, требующиеся для побуждения к решительной смене собственного осознания (Enschlossenheit) и взаимодействия с миром (Existenz).

Уилсон интуитивно понял, что этот феномен — критический компонент процесса выздоровления. Следовательно, капитуляция — краеугольный камень двенадцатишаговой программы выздоровления АА. Капитуляцию обычно считают состоянием, в котором отсутствует самоутверждение индивидуальности, состоянием потери себя в чем-то другом, но тот смысл, который вкладывают в это понятие Ангял (Angyal, 1965) и А А, важнейшим образом от этого отличается. «Подчиняющийся чужаку становится униженным этим подчинением; сдающийся своей изоляции входит в большее единство и распространяет, увеличивает свою жизнь» (Angyal, 1965, стр. 107).

Годы спустя Уилсон начал переписку с Карлом Юнгом. Письма Юнга оказывали важнейшее влияние на развитие философии лечения АА. Важно отметить, что настойчивое желание Уилсона понять то, что он переживал, заставляло его бороться и прояснять психологические, религиозные и духовные аспекты того, что позже должно было стать идеей Анонимных Алкоголиков. Именно желание Уилсона истолковать и определить этот опыт позже привело его к контакту с Оксфордскими группами. Уилсон писал: «Когда ученик готов, появляется учитель» (цит. по Kurtz, 1979). Так оно и случилось — Уилсон скоро подружился с лидером движения. Результирующий обмен был взаимным, и скоро духовные принципы Оксфордской группы, а именно: (1) самоисследование; (2) признание ошибок; (3) искупление неправильных поступков, и прежде всего (4) постоянная работа с другими, стали фундаментом, на который опирались АА.

Формулировка основных принципов АА — дефекты характера, возмещение нанесенного вреда, работа с другими — может быть напрямую прослежена до движения Оксфордских групп, Ральфа Уолдо Эмерсона и влияния Трансценденталистов. Применение этих принципов в конце концов привело к развитию лечебной модальности, которая вскоре должна была стать непревзойденной в лечении алкоголизма и наркомании.

АА — почему и как это работает: интерпретация АА

Анонимные Алкоголики описывают свою организацию как «товарищество мужчин и женщин, делящихся друг с другом опытом, силой и надеждой таким образом, что они могут решить свою общую проблему и помочь другим выздороветь от алкоголизма» и добавляют, что ее цель — «остаться трезвыми и помочь другим алкоголикам достичь трезвости» (Анонимные Алкоголики, 1939). Анонимность требуется для того, чтобы избежать возможной стигматизации членством в ней и остракизма семьи и друзей. Анонимность является также залогом конфиденциальности, которая позволяет свободно и чистосердечно дискутировать о своих проблемах и трудностях.

Однако, краеугольным камнем философии АА остается признание и принятие того, что у человека есть проблема неконтролируемого пьянства. Члены Анонимных Алкоголиков не занимаются нянчением симулянтов. Они делают все, чтобы было понятно: если кто-то действительно собирается бросить пить, члены общества должны в любом месте и в любое время прийти ему на помощь. Программа не будет работать с теми, кто только хочет бросить, или хочет бросить потому, что боится потерять семью или работу. АА утверждают, что эффективное желание должно основываться на живом интересе к себе. Кандидаты должны быть по горло сыты социальным одиночеством, которое типично для неконтролируемого пьяницы, и должны хотеть привести некоторый порядок в свою полную ошибок жизнь.

Анонимные Алкоголики руководствуются предлагаемыми ими «Двенадцатью Шагами». «Предлагаемыми» — слово, которое следует подчеркнуть, поскольку в АА нет должностований, за исключением тех, которые участники устанавливают для себя сами. Изначально члены АА будут демонстрировать, что алкоголики могут быть приняты и любимы. Алкоголики, приходящие к АА в первый раз — чужие, отверженные и одинокие — принимаются как ценные представители человеческого рода, достойные того, чтобы их спасти. Слушая, как участники делятся жизненными переживаниями, такими же ужасными, как их собственные, а затем отмечают, как они преодолевают свои проблемы, связанные с пьянством, алкоголики наполняются надеждой: ведь если другие участники смогли это сделать, возможно, и у них тоже получится. Они приобретают мотивацию к тому, чтобы попытаться.

Алкоголики научаются жить одним днем без выпивки. Посещая встречи АА и проговаривая свои проблемы, они усиливают сопротивление пьянству и постепенно реконструируют свой стиль жизни, устраняя из него зависимость от алкоголя. Самый критически важный момент — это признание себя человеком, чья болезнь заключается в неконтролируемом пьянстве; алкоголик должен принять основное положение, которое становится фундаментом всей реабилитационной программы: «Даже один глоток — это слишком много».

Повинуясь природе своей болезни, алкоголики выработали систему отрицания и рационализации. Эти психологические защиты, препятствующие распознаванию и признанию своей болезни, также полно задействованы в их расстройстве и замысловато связаны с ним, как и собственно алкоголь. Вернон Джонсон (Vernon Johnson, 1973) лучше всего выразил игру этих динамик: «Первичным фактором в этом первичном условии является заблуждение, или нарушение суждения, которое держит ад-диктивную личность в плену паттерна саморазрушения. С ним нужно иметь дело в первую очередь, поскольку оно блокирует входение в любой терапевтический процесс. Алкоголик избегает или отрицает абсолютно любую нужду в помощи. Нужно помнить, что он не в контакте с реальностью» (стр. 44).

АА распознает нужду в таком признании (первый из двенадцати шагов), но оно может произойти, только когда алкоголик достигнет своего кризиса и на глубочайшем, нутряном уровне капитулирует перед Силой, большей, чем он сам. Духовные и религиозные динамики выздоровления невозможно переоценить, поскольку алкоголики должны конфронтровать со своим голым существованием. Экзистенциальные обертонны такого кризиса — центральный психологический фактор программы выздоровления. Алкоголиков просят просто поменять деструктивную зависимость от алкоголя на конструктивную — от Силы (шаги Второй и Третий). Что именно алкоголик думает по поводу природы этой Силы, для АА неважно. Важно, чтобы новички понимали: они не могут управлять частью своей жизни, затронутой пьянством. Капитулируя, алкоголики видят, что можно рискнуть быть собой, и сознательно идут на углубление осмысленных отношений с другими, поскольку это поможет им выздороветь.

Как только такая нутряная капитуляция перед духовным пробуждением достигнута, алкоголики должны внести свой личностный вклад. Прощение и искупление — это трудные процессы. Дурные поступки, совершенные в период болезни, никогда не могут быть полностью исправлены. Процесс примирения — часть монотонного и кропотливого пути к трезвости. Несмотря на то, что могут думать об этом друзья и соседи, алкоголики не обязательно так уж счастливы просыпаться по утрам — к жизни без выпивки. Мучительные похмелья, которые они переживали раньше, могут оказаться гораздо более переносимыми, чем терзающие их теперь страхи и неясная тревога, с которой они вступают в каждый новый день.

Цена, которую нужно заплатить — это психологическая боль. Награда за нее — чувство прощения и жизненности новых межличностных отношений. Цель «прекратить пить» не является полностью адекватной. Новый взгляд на жизнь, новое чувство собственного достоинства и самоуважения, новое понимание своей ответственности и своих отношений с другими жизненно необходимы для трезвой жизни. Зачастую начать сначала и обеспечить эмоциональную поддержку в тяжелое время, наступающее для каждого алкоголика, помогает зрелая религиозная вера.

Когда алкоголики с помощью АА совершают моральную инвентаризацию (Четвертый Шаг), они признают перед Высшей Силой и другим человеком (Пятый Шаг) причиненный вред. Потом они исправляют это и возмещают ущерб тем людям, которыми злоупотребили, и, в общем, очищают свое прошлое настолько, насколько могут (Девятый Шаг). Такой катарсис считается чрезвычайно важным из-за той навязчивости, которая характеризует проявления чувства вины у алкоголиков. Существует мнение, что негодование в свой адрес вносит большой вклад в их возвращение к бутылке. Составление списка обид (Восьмой Шаг) и разрешение не волноваться из-за них (Шаги Десятый и Одиннадцатый) — неперемное условие трезвости и помощи другим алкоголикам (Двенадцатый Шаг).

Подход АА практичен и базируется на идее, что все проблемные пьяницы время от времени проводили по крайней мере двадцать четыре часа без выпивки. Поэтому члены АА не изгоняют алкоголь на всю жизнь, или на другой продолжительный период. Алкоголиков заставляют осознать, что сегодня они ничего не могут сделать по поводу завтра. АА хотят, чтобы алкоголики сконцентрировались на том, чтобы остаться трезвыми сегодня, в течение этих суток. Затем, когда они чувствуют желание выпить, это принимается просто как нечто, с чем надо иметь дело сегодня. Их научили не беспокоиться по поводу завтрашней тяги, но только сосредоточиться на откладывании сегодняшней выпивки.

Регулярное посещение встреч играет важную роль в трезвой жизни. Групповые встречи и отношения в группе обеспечивают почву для сравнения новых способов обращения со своими эмоциями и с жизненными проблемами. Алкоголики часто принимают конфронтацию и поддержку тех, кто борется с теми же проблемами, что и они, в то же время отвергая такие же реакции врачей, священников или других профессионалов. АА — один из самых успешных подходов к трезвости, потому что они практически применяют эти принципы. АА используют преимущества товарищества и разделенных проблем вместе с добавочным активом эмоциональной объективности и личного понимания, или динамик личности, обеспечиваемых другими.

Но общая атмосфера встреч АА — веселье и доброе товарищество. Вообще, члены АА принимают всерьез свой алкоголизм, но не себя самих. Это — еще одна важная часть программы выздоровления.

Прагматизм: его влияние на АА

Якоб Броновски (Jacob Bronowski, 1973), определяя философию науки двадцатого столетия, заявил, что ключевой принцип любой науки — это идея, что люди и физический мир развиваются. Это и неудивительно; любой начальный курс биологии скажет вам об этом. Но Броновски подчеркивает тот часто игнорируемый факт, что эволюционирует и сама материя. Материя и жизнь следуют единому паттерну. Это эволюция — процесс, в котором атомы выстраиваются в более сложные структуры, это подъем по лестнице от простого к сложному по ступеням, каждая из которых сама по себе стабильна.

Броновски замечает, что человеческая интеллектуальная эволюция также является процессом, характеризуемым динамикой смены взгляда, посредством которой мы медленно и кропотливо продвигаемся со ступени на ступень. «В такой подъем человека заложены научные, рациональные основания», объясняет Броновски (1973). Мы строим свои теории и знания на фундаменте, заложенном другими, и прибываем на временную стадию своей эволюции. Знание никогда не является безусловным, и то, что мы называем истиной, не есть определенная репрезентация независимо существующей структуры вещей. Скорее, наше определение истины таково: это интеллектуальная конструкция, избранная разумом из имеющихся альтернатив по причине своей экономности и простоты, которая не буквально описывает реальность, но упрощает контакт с ней — путем предоставления инструментов для предсказания будущих наблюдений на основании настоящих.

Основываясь на такой точке зрения, Уильям Джеймс (1907) пришел к заключению, что истина — это то, что работает. Джеймс предвосхитил феноменологов и многие экзистенциальные идеи, объясняя: «Истинная идея — это проективная карта опыта, которая ведет нас туда, куда мы хотим прийти» (стр. 37). Человек, по Джеймсу, проверяет истинность идеи, переживая ее последствия. Истина — это средство достижения организмом своей жизненной цели, и это идея, которая вызывает другие идеи. Научные теории, по Джеймсу, принимаются просто потому, что они работают, то есть их следствия приносят удовлетворение.

Позже Джеймс пришел к отстаиванию одной из форм Бергсоновского анти-интеллектуализма. В конце концов, он оставил свой экспериментальный взгляд на истину, согласно которому ранее считал, что знание определяется и вынуждается опытом (в естественных науках), или аналитической интенцией понятий (в чистой науке), или свободным выбором (в моральных рассуждениях, религиозных и метафизических верованиях). Джеймс поменял эту точку зрения на следующую: индивид судит об убеждении, сравнивая его с целым набором других убеждений (метафизика, логика, наука и т.д.).

Как и феноменологи, он полагает, что убеждение, находящее равновесие среди таких цельных наборов убеждений, без возмущения старейших и самых почитаемых из них, принимается за истину за свою ценность для выживания. Джеймс считал истину проективной картой опыта и синонимом полезности. Истина прагматична!

Уильям Джеймс был одним из первых сторонников философской системы, называемой прагматизмом. Одним из ее главных положений было то, что если нечто перестает быть полезным, оно также перестает быть и правдой. Понятие об абсолютной истине служит скорее предельной точкой исследования, чем означает некое окончательное знание. Чего мы ожидаем, то и находим истинным. Истинное — значит, целесообразное. Правда соответствует нашим нуждам.

Джон Дьюи — другой прагматик, разделяющий взгляды Джеймса, приводил аргументы, параллельные многим высказываниям Тьюна относительно АА. Например, Дьюи критиковал зрительский, свидетельский аспект знания и заявлял, что мысль — только один из видов действия, заключенных в любом переживании (цит. по White, 1972). Органическая теория знания Дьюи показывает человека, борющегося со своим миром и с окружающей средой, и знание производно от этого опыта взаимодействия с миром. Так же и АА поощряет выздоравливающих алкоголиков работать по программе, потому что они могут расширить горизонты своего опыта или раздвинуть свои конструкты для внесения новых элементов. Дьюи чувствовал, что слишком многие теоретики убегают из мира риска и возможностей в безопасный мир абстрактного мышления.

Разумеется, это причина того, что многие члены АА разделяют критицизм в адрес профессионалов, чей интерес к алкоголизму — чисто академический или преходящий. Абстрактно их теории звучат правильно. Но проходя через конкретное тестирование реальностью, эти абстракции зачастую не материализуются. Как говорит Дьюи, многие профессионалы сопротивляются тому, чтобы покинуть безопасный мир теории и заняться алкоголиками на реальном конкретном уровне, потому что этот тип встречи требует слишком многого. Многие профессионалы усложняют проблему, путая абстрактное с конкретным или реальным. Например, некоторые из них неправильно толкуют важность технической нейтральности в лечении алкоголиков. Абстрактно и теоретически принцип нейтральности гарантирует то, что терапевт будет принимать алкоголика, не осуждая, не выражая ни удовольствия, ни неудовольствия в связи с его поведением. Намерение, стоящее за этим принципом, является теоретически здоровым. Самое лучшее для индивида — это чтобы он приходил к собственным решениям самостоятельно, свободно от влияния и суждения других. С теоретической точки зрения, это — способ интернализировать контроль. Такой подход также предохраняет от вредоносной зависимости, от идеализации и покорности. Однако, на конкретном, экспериментальном и «реальном» уровне, такой подход может обернуться катастрофой для алкоголика. Чрезмерное доверие абстрактным понятиям часто ведет людей к неверному истолкованию актуального опыта. Исключительно абстрактное понимание часто происходит ценой потери переживания конкретного. Отделение абстрактного от конкретного — пример дуалистического расщепления, которое пронизывает все Западное рациональное мышление.

Всю свою жизнь Дьюи критиковал дуалистическую тенденцию Западной мысли. Он считал, что Западная философия отражает важное пристрастие, которое было усвоено из наследия ранних греческих философов. «Знание зрителя», как критически отмечает Дьюи, было признано ими высшим, поскольку дифференцировало знание, достигаемое правителями путем пассивного созерцания, от знания, достигаемого подданными, которых заставляли рабски трудиться в низших, практических областях. Поэтому идеализм и был признан высшей формой знания. Дьюи считал, что в действительности это было бегством от непредсказуемого мира действия в безопасный мир абстрактной мысли. Поэтому знание, полученное зрителем или свидетелем, расценивалось Дьюи как находящееся под влиянием страха вовлеченности в действие, а также нежелания прилагать усилия для переживания мира таким, как он есть. Соглашаясь с Уиллом Дюрантом и философией АА, Дьюи считал, что мысль без действия — это болезнь (Durant, 1926).

АА и Дьюи вместе критикуют «объединение эго, абстрактного мышления и дилеммы человеческого существования», а именно то, что знание приобретается ценой избегания бремени понимания. Бубер особенно акцентировал важность дифференциации абстрактного (Я-Оно) от конкретного (Я-Ты). Он подчеркивал существенную разницу между прямой, взаимной встречей, в которой каждый участвует своим целостным бытием и полностью присутствует, и непрямыми, невзаимными отношениями субъекта и объекта. Бубер чувствовал, что для нас реальна опасность потери себя в абстрактном идеализме своего собственного мышления -- той абстракции, которая вдохновила Альфреда Норта Уайтхеда (Alfred North Whitehead, 1925) поднять вопрос, касающийся распространенной тенденции путать абстрактные интерпретации с конкретными случаями. Уайтхед предупреждал, что ошибка потери конкретности — это общее заблуждение науки.

Произведения Уайтхеда и Джеймса отражают общий принцип, лежащий в основе успеха АА. Настояние АА на «событии» — на реальной актуальной встрече алкоголика с другим алкоголиком — гарантирует, что конкретное не потеряется во имя абстрактного. Эта ориентация явно проявляется в часто повторяемых лозунгах АА: «Витализируй (оживляй), а не анализируй», «Приди на девяносто встреч за девяносто дней» и «Приведи свое тело, а разум последует за ним». Такие призывы отражают рекомендации Джеймса: нужно скорее делать свой способ мышления новым, чем выдумывать свой новый способ действий.

Экзистенциальная позиция АА

Курц приводит убедительные аргументы в пользу того, что АА работает, поскольку во многих важных аспектах соответствует экзистенциальной философии. Он утверждает, что АА не имеет того признания, которого заслуживает как движение уникальной интеллектуальной значимости. Когда АА изучается в связи со своими источниками и корнями, видно, что программа выражает многие важные экзистенциальные темы. Первый предмет любой экзистенциальной философии — осознание ограниченности человеческого бытия. Первая ступень АА («Мы признали себя бессильными перед алкоголем») требует, чтобы алкоголик осознал и признал это сущностное ограничение. Курц пишет: ««Мы признали, что бессильны перед алкоголем — что наши жизни стали неуправляемыми» (26, стр. 59; 27, стр. 21-24). АА обращается не к алкоголизму, но к алкоголику. Первая ступень программы АА сосредотачивается на алкоголике, который по сути своей ограничен. Подтверждение «Я алкоголик», следствие признания бессилия перед алкоголем, показывает принятие правды о присущих человеку ограничениях, о его основополагающей конечности, по меньшей мере, для алкоголика» (1982, стр. 3).

Бессилие перед алкоголем и принятие своих ограничений в отношении алкоголизма служит прототипом встречи и принятия других ограничений человеческого состояния. Еще больший инсайт АА — целостность ограниченности. Он последует после того, как алкоголик станет способен принять ограничение, заключающееся в том, что он больше не может пить. Курц так резюмирует эту дилемму: «АА заимствовало и училось у разных источников — Уильям Джеймс и Оксфордские группы, Карл Юнг и Уильям Дункан Силкворт. Собственный продолжающийся опыт также заметным образом оформил развитие мысли АА. Понятия, воплощенные обеими частями названия, лучше всего проясняют этот инсайт. Алкоголик, в понимании АА — это тот, кто находится в безнадежном положении: обсессивно-компульсивно пристрастившийся к алкоголю, он, по определению, должен пить и разрушать себя. Хотя алкоголизм концептуализируется АА и другими как «болезнь», алкоголик не «имеет алкоголизм» — он сам «алкоголик». Поэтому он не может делать того, что другие, неалкоголики, делают с веселой безнаказанностью: необсессивно и некомпульсивно пить алкогольные напитки. В термине «алкоголик» содержится вывод о совершенно безнадежной беспомощности и сущностном личном ограничении» (1982, стр. 41).

Центральным для принятия алкоголиком такого ограничения является осознание того, что, поскольку он уязвим, он может соблюдать трезвость, только показав свою уязвимость и приняв это ограничение. Целительная динамика АА — взаимная уязвимость, открыто признаваемая и разделенная с другими алкоголиками. Курц пишет:

««Не-Бог» значит, во-первых «Ты не являешься Богом», послание программы АА ... Фундаментальное и первое послание Анонимных Алкоголиков своим членам — они не бесконечны, не абсолютны, не Боги. Каждая проблема алкоголика, в соответствии с этим прозрением, в первую очередь — претензия на Богоподобную власть, и особенно на контроль. Но алкоголик, на чем настаивает это послание, по меньшей мере не контролирует, даже себя; и первая ступень к выздоровлению от алкоголизма должна быть признанием и принятием этого факта, который так очевиден другим, но столь упорно отрицаем обсессивно-компульсивным пьяницей.

Но Анонимные Алкоголики — это в той же степени товарищество, в какой и программа, и, таким образом, у его послания о не-Божественности есть другая сторона. Поскольку алкоголик — не Бог, не абсолют и не бесконечность, он по сути своей конечен и ограничен. И как раз с этих ограничений — с принятия алкоголиком личной ограниченности — начинается заживление и целостность... Быть алкоголиком в Анонимных Алкоголиках — это не только принимать себя, будучи не-Богом; это подразумевает также утверждение своей связи с другими алкоголиками... Приглашение создать такую связь и осознание ее необходимости проистекает из самого принятия своей ограниченности» (1992, стр. 42).

Другой важный аспект принятия алкоголиками пределов человеческих возможностей — это требование понимания ограниченности контроля и зависимости. Они должны понять разницу, чтобы оставаться трезвыми. Курц пишет:

«Акцент на контроле как на чем-то ограниченном, не абсолютном, но и не том, от чего следует отказываться, пронизывает программу АА. «Вы можете сделать что-то, но не все» — это постоянное имплицитное, а временами и эксплицитное послание. Членов АА предостерегают от обещаний «никогда больше не пить». Скорее, они научаются «не выпивать первой рюмки только сегодня». Их скорее поощряют посещать встречи АА (что они сделать могут), чем избегать любых контактов с алкоголем (чего они не могут). Ощущение ограниченного контроля восхитительно резюмировано в их знаменитой «Молитве о смирении»: «Даруй мне, Боже, смирение принять то, что я не могу изменить, мужество изменить то, что могу, и мудрости, чтобы отличить одно от другого»» (1982, стр. 53).

Удар об дно: экзистенциальный взгляд

Такое принятие ограничений требует чего-то большего, чем интеллектуальный инсайт. Индивиды откажутся от своего эгоистического абсолютного контроля над миром, только будучи оторванными от него и безжалостно выставленными на обозрение, со всеми своими фальшивыми допущениями и обманчивым фасадом. Конфронтация с таким осознанием порождает ужас, страх и трепет по Кьеркегору, тревогу (angst) Хайдеггера и (angoisse) Сартра, и первичный хаос (пучину) Бубера.

Перефразируя термин Уильяма Джеймса (т.е. погружение вглубь), АА называет это ударом об дно. Карл Ясперс, другой экзистенциальный автор, говорит о «предельной ситуации». Эти великие философы сходятся во мнении, что требуется эмоциональный переворот, чтобы люди действительно обратились к сердцевине своих экзистенциальных затруднений. Только после того, как произойдет обращение к этому вопросу во всей его ясности, яркий свет существования заставит человека захотеть или стать способным принять ограничения человеческого состояния.

Альбер Камю наиболее графично резюмирует такую позицию, бросая вызов читателям и предлагая им проверить аутентичность собственной жизни. Как и Сартр, Камю уверен, что большинство из нас проживает свою жизнь «недобросовестно», упорствуя в иллюзиях, потому что мы не хотим встречаться со смертью, ужасом и страданием. Камю чувствовал, что если мы будем нечеловечески честны с собой, то обнаружим, что в жизни существуют лишь две настоящие истины. Мы умрем, и после смерти не будет ничего. Далее он утверждает, что если мы действительно ответим на эти вопросы, не цепляясь за свой отказ принимать ограничения, мы или убьем себя, или впервые решим действительно аутентично прожить свою жизнь. Мы станем, по словам Сартра, «подлинными». Мы будем упрощать тривиальное и отдавать приоритет витальному. Мы не будем больше отрицать смерть и ограничения. Отрицая смерть, мы, в конце концов, отрицаем жизнь, поскольку они неразделимы.

Не стоит и говорить, что большинство из нас, алкоголики и не-алкоголики, боятся принять вызов Камю из-за страдания, которое он вызывает. В большинстве случаев алкоголики, оказавшись на краю психической бездны из-за своего алкоголизма, не имеют другого шанса, кроме его принятия. Они буквально должны либо умереть, либо изменить свою жизнь, сдавшись первому шагу программы АА. Если алкоголики способны принять этот вызов и интегрировать опыт, они часто начинают вести более осмысленную жизнь. Ницше, в своем иконоборческом стиле, кратко передает это переживание: «То, что не убивает нас, делает нас сильнее».

Вся философия и все социальные науки должны иметь дело с проблемой реальных человеческих страданий. АА, по крайней мере, считает страдания необходимой и, возможно, позитивной частью жизни. Многие другие лечебные модальности терпят в этом неудачу, не признавая актуальных терапевтических аспектов мобилизации пациента во время кризиса, избегая консолидации симптомов, и, тем самым, делая их еще более проблематичными. Идеальным обращением со страданием в лечении будет, цитируя Виктора Франкла (1969, стр. 713), дать человеку «волю к смыслу», которая придаст смысл его страданию. Когда страдание рассматривается в смысловой парадигме, оно может послужить процессу роста.

АА обращается к самому фундаментальному принципу лечения. Прежде, чем ресурсы индивида смогут быть мобилизованы для терапевтического изменения, он должен пережить состояние личной неконгруэнтности. Часто изменения не происходит, если боль и страдание не толкают человека начать честную оценку своего состояния и поведения. Однако, страдание должно быть интегрировано в личностную, осмысленную парадигму. Страдающие по неизвестной им причине превращаются в сломленных, ожесточенных или деморализованных людей.

Личные переживания Виктора Франкла во время Второй Мировой Войны ярко иллюстрируют этот принцип. Будучи евреем-психиатром, арестованным нацистами во время войны и помещенным в один из самых жестоких лагерей уничтожения, Франкл имел мало причин верить в то, что когда-нибудь покинет лагерь смерти живым. Каждый день, на протяжении месяцев и лет, он слышал от нацистских охранников, что Германия выиграла войну, и он никогда не выйдет из тюрьмы. Переживая невыносимые страдания, наблюдая безжалостную смерть и трагические потери вокруг себя, Франкл видел, как многие из его товарищей медленно сдавались, и тогда буквально ложились и умирали. В конце концов Франкл научился различать тех, кто был близок к смерти, и тех, кто продолжал жить. Те, кто не мог увидеть никакого смысла в своих страданиях, с большей вероятностью умирали, потому что их жизнь переставала быть осмысленной. Франкл осознал, что те, кто умудрялся вставить свои страдания в некий осмысленный контекст посредством веры, убеждения или надежды, были в наименьшей степени разрушены и поражены своей болью и страданием.

Менее драматично, но все же очень похоже члены АА разделяют «родство общего страдания». В этом контексте выздоровление от алкоголизма требует того, чтобы люди делились своим страданием с другими, понимающими их переживания. Как определяет это Курц, взаимность в АА вызывается разделением общего страдания. Это, в свою очередь, учит алкоголика тому, что «быть полностью человеком означает нуждаться в других» (1982, стр. 55). АА обеспечивает алкоголикам общие объяснения их страданий, помогая им придать смысл своему несчастью и давая осмысленную парадигму для их опыта.

АА обеспечивает образовательный процесс, который позволяет осмысленным образом интегрировать страдание в жизнь человека. Однако, АА — это обучение уникального сорта. Оно тренирует алкоголиков в том, чтобы больше осознавать себя и быть более честными с собой. Оно также учит их достигать адекватного контроля над своими примитивными импульсами и влечениями; быть свободнее в выражении чувств; стать более терпимыми к человеческим ограничениям; и развить способность откладывать или модифицировать вознаграждение, и даже вовсе поступаться удовлетворением, требования которого раньше казались непреодолимыми. Алкоголики научаются принимать то, что есть пределы для радости в жизни. Как говорил Фрейд, однажды описавший цель психоанализа в виде «трансформации невротического несчастья в ordinarily человеческое страдание», алкоголики находятся на пути к выздоровлению, когда принимают факт, что отпущенное им счастье ограничено, как и у всех остальных.

Это не должно подразумевать того, что счастье и радость являются антитезисом терапии, лечения и выздоровления. Скорее, алкоголиков нужно научить не страдать по неправильной причине. Боль и страдания — часть жизни, но то же самое можно сказать про радость и счастье. Как учит буддийская религиозная доктрина, невежественные желания часто порождают страдание. Это ясно описано в романе Джеймса Клэвелла «Сёгун». После того, как невинный человек умер из-за незнания Блэкуэллом японских традиций, он проклинал себя и мир, гневаясь из-за бессмысленности смерти этого человека. Он восклицал, обращаясь к своей японской возлюбленной, что мир неправилен, что такие вещи не должны происходить. Когда он усомнился в том, сможет ли он продолжать жить, сохраняя целостность, в таком бессмысленном мире, его возлюбленная-японка отреагировала на его фрустрацию, гнев и ощущение бесплодности. Исходя из очень традиционной восточной философской позиции, она сказала ему, что он неправ, и что мир не бессмысленен. Она напомнила ему, что он гневается из-за своего отказа принять мир таким, каков он есть, и настояния на попытках переделать его во что-то другое. Блэкуэлл так страдал, потому что хотел, чтобы мир был другим, строго соответствующим его эгоистическому, предрешенному набору ожиданий.

В классической буддийской доктрине существует традиция, которая предполагает, что «полезные иллюзии» ученика служат важным целям в религиозном тренинге, так же, как и для аддикта или алкоголика в выздоровлении. Каждый нуждается в надежде и в обещании того, что для страдания есть некая причина или смысл. Поиск жизни, свободной от страдания и полной абсолютного счастья, тщетен. Как не устают нам напоминать экзистенциалисты, существуют только две абсолютные истины в мире — «люди страдают и люди умирают». Буддийская доктрина побуждает нас осознать, что это наша «природа как живых существ — страдать и умирать». Поскольку это неизбежная правда, мы не должны страдать по неправильным причинам или поддаваться нигилизму и пессимизму. Мы должны, как побуждают нас буддисты, заняться веселым участием в мировых страданиях. Однако, пока начинающие выздоравливать аддикты или алкоголики не будут готовы встать и справиться с мукой такой конфронтации, им нужно что-то, за что можно держаться и чему можно верить, пока они не смогут отказаться от всех своих иллюзий. В поисках просветления буддийские ученики поймут, когда будут к этому готовы, что поиск был тщетным, поскольку ответ был у них с самого начала. Как писал Т.С. Элиот, «Мы не оставим своего исследования, и его результатом будет прибытие в место, откуда мы начинали, и узнавание его в первый раз» (Eliot, 1943, стр. 59).

Тема поиска и нахождения себя параллельна истории Сиддхартхи в изложении Германа Гессе, и дополняет Фрейдовскую цель терапии — трансформацию невротического несчастья в обычное человеческое страдание, или, как сказал Страпп, «терапия заканчивается, когда пациент принимает тот факт, что он так же несчастен, как и все остальные» (1972, стр. 31). Эрв Полстер (1981) выражал сходные мысли, говоря, что «мы должны научиться страдать без лишней боли».

С этой точки зрения, страдание определяется как нежелание индивида принять мир таким, какой он есть, и его настояние на том, чтобы мир соответствовал придуманному им образу. Мышление такого сорта — форма идолопоклонства, в рамках которого способом встречи с миром становится прием химикатов, если ограничения, с которыми сталкивается алкоголик, кажутся ему неприемлемыми. Алкоголь и наркотики становятся способом отрицания несчастья, страдания и ограничений. Из-за своего алкоголизма алкоголики пренебрегают все большим количеством приемлемых, или нормативных, удовольствий, которые обычно дают достижения, знания, дружба, хорошее здоровье и благосостояние. Алкоголь и наркотики вознаграждают эгоизм и гедонизм. Такое удовольствие, сродни «дешевому трепету», приходит ценой потери целостности и самооценки алкоголика. Удовольствие должно быть заслужено аутентично, путем тонкого и важного взаимодействия ценностей, верований, обычаев, идей и поведения, которое не причиняет вреда другим. Алкоголь и наркотики — трепет, купленный задешево, ценой потери самоуважения. Достоинство и самооценка постепенно утрачиваются, потому что правила социально приемлемых нормативных способов достижения удовольствия заменяются и компрометируются. Индуцированные алкоголем и наркотиками подъемы — это фокусы, разыгрываемые в мозгу, которые оплачиваются самооценкой.

Лечение, с этой точки зрения, требует удаления дешево достаемых конвульсий, и замены их подлинно заслуженным счастьем. Целостность нельзя купить. Она заслуживается, и, будучи однажды заслуженной, является антитезой стыда, неуважения к себе и невротического несчастья.

Эрнест Хемингуэй однажды определил счастье как получение чего-то, равноценного истраченным деньгам, вместе со знанием того, когда вы это получили. Утверждение Хемингуэя уместно и для ситуации алкоголика, в которой счастье, купленное посредством приема химикатов, ведет только к опустошенности и потере самоуважения. Важно отметить, что Хемингуэй не описывал счастье как выгоду — что-то, что вы украли или получили задешево. Счастье заслуживается, и имеет свою цену. Однако, как осторожно добавляет Хемингуэй, вы должны знать, когда вы заслужили его. Счастье, купленное по дешевке, пусто, оно не ведет к ощущению господства. Что существенно, оно всегда недооценивается, поскольку не заслужено. Счастье, достигнутое без понимания, покупается ценой самоуважения. Шопенгауэр выражал сходные соображения: «То, каков человек, имеет больше значения для его счастья, чем то, что он имеет». Кант также резюмирует эту позицию: «Мораль неверно считать доктриной о том, как мы делаем себя счастливыми; но как мы делаем себя достойными счастья» (цит. по Durant, 1926).

Маггеридж (Muggeridge, 1980) предупреждал, что смертный человек, пытающийся жить без веры в Бога (или, в терминах АА, в высшую силу), неизбежно поддается мегаломании или эротомании, или и тому, и другому одновременно.

Вера в Бога учит нас смирению, а без смирения, как предупреждает Маггеридж, мы будем продолжать гнаться за возбуждением, удовольствием и навязчивым удовлетворением своих appetitов. В состоянии высокомерия нас подстерегает опасность подмены счастья удовольствием. Как красноречиво аргументировал Маггеридж, «счастье, которого добиваются, недостижимо... Я думаю, что поиск и преследование ошибочные понятия, потому что вся штука со счастьем в том, что оно случается — оно само приходит к нам. Приходит загадочно, и только к тем, чьи отношения с Богом гармоничны». Это очень напоминает точку зрения Бейтсона, который считал, что аддикция результат застревания человека в симметричных (в отличие от комплементарных, или гармоничных) отношениях с алкоголем и с другими людьми — отношениях соревновательных, воинственных и контролирующих. Как говорил Бейтсон (Bateson, 1971), нет контролирующего Я, если только индивид не пребывает в иллюзии, что он отделен от себя и от других. Выздоровление — это возвращение к гармонии внутри себя и принятие комплементарной эпистемологической позиции. С точки зрения Бейтсона, АА обеспечивает этот новый и правильный сдвиг в эпистемологии.

Для выздоравливающего алкоголика поиск и понимание счастья требует сдвига перспективы. Если этот сдвиг не совершен, алкоголик будет или постоянно срываться, или страдать тем, что в АА называют «трезвостью с белыми костяшками». Многие алкоголики такого сдвига не достигают. Однако, те, кто обретает безмятежность, обычно делают это. Безмятежность — общепризнанный термин, означающий желанную цель, активно преследуемую членами АА. Хотя это понятие часто толкуется неправильно, ранний греческий философ Эпикур понимал его прекрасно. Эпикур верил, что удовольствие — это единственная возможная (и достаточно законная) цель жизни и деятельности. «Природа ведет каждый организм к предпочтению собственного блага перед благом другого. Мы должны не избегать удовольствий, но выбирать их» (цит. по Durant, 1926). Эпикур превозносил радости покоя перед радостями чувств. Он предостерегал относительно удовольствий, которые возбуждают и беспокоят душу, которая скорее должна быть спокойна и умиротворена. В конце концов он предложил искать не удовольствия в обычном смысле, но атараксии — спокойствия, хладнокровия и отдохновения ума.

Экзистенциальная философия глубоко пессимистична в одном смысле и оптимистична в другом. Экзистенциалисты уверены, что счастье может быть достигнуто только тогда, когда человек избавится от иллюзии безграничного счастья.

Эрнест Беккер (Ernest Becker, 1973) прекрасно описывает эту ситуацию: «Я говорю с приветливыми роботами. Я думаю, что мир полон приветливых роботов, говорящих только о радости и о хорошем. Я считаю своей задачей говорить об ужасе и страдании в мире» (стр. 36). Ужас, о котором говорит Беккер — это наш отказ иметь дело со страданием и смертью. Мы должны рассматривать эти аспекты реалистично и не пытаться избегать их, концентрируясь только на прекрасном в нашей жизни. Беккер прекрасно определил эту позицию: «радость, надежда и доверие — это то, что достигается после того, как ты проходишь через несчастье» (стр. 36). Отто Ранк (цит. по Ялом, 1980) соглашался с этим: «Динамическое зло — это попытка сделать мир другим, чем он есть, сделать его тем, чем он не может быть — местом, свободным от нечистоты, от смерти и страдания».

Многие экзистенциальные авторы верят, что в такой конфронтации между реалистическим принятием мира таким, как он есть, и эгоистическими требованиями неограниченного удовлетворения, возобладает разум, и человек осуществит реалистический выбор из двух альтернатив — (1) продолжительной несчастливой борьбы со старыми паттернами ожиданий или (2) аутентичного существования с расширенной свободой выбора и ответственным выражением влечений и желаний. Как и Сократ, они призывают «познать себя». Таким образом члены АА научаются верить, что аутентичное существование, отстаиваемое программой, содержит ключ к самоисследованию, самопознанию, эмансипации, излечению и окончательному спасению.

Чтобы вырасти, алкоголики должны отвергнуть рай неограниченного изобилия и высокомерия. Они должны учиться отрекаться, работать, страдать, откладывать удовлетворение, становиться ответственными и, к тому же, принимать активное, ответственное участие в овладении своей судьбой. АА подрывает нечестность алкоголика с самим собой. Алкоголики должны понять, что самообман — повсеместная и универсальная человеческая характеристика. Однако, в отличие от неаддиктивных индивидов, алкоголики и аддикты не могут позволить себе себя обманывать, поскольку самообман неизбежно ведет к срыву. Алкоголикам и аддиктам нужно постоянно напоминать, что они могут вводить себя в заблуждение, веря, что прожили свою жизнь независимо, в то время как их жизни были прожиты за них веществами и силами, которых они не осознавали, не понимали и почти не контролировали.

АА — как это работает: феноменологическая перспектива

Как знает каждый изучавший экзистенциализм, ученик Гуссерля Мартин Хайдеггер (1963) признан самым влиятельным архитектором философской позиции, которая ныне называется экзистенциализмом. Гуссерль разработал исследовательскую процедуру, названную феноменологией, направленную на то, чтобы помочь исследователю миновать, пройти насквозь или вокруг предположений, допущений и абстракций, доминирующих в науке и в Западной философской мысли. Хайдеггер, вслед за Гуссерлем, воспользовался этим методом, и применял его с намерением достичь самой сердцевины опыта — актуального живого опыта момента.

Он верил, что изучение феномена нашего опыта и существования, без разрешения себе отвлекаться своим аналитическим умом, даст нам менее замутненный взгляд на то, что значит быть действительно человеком (Dasein). Не зная о том, Хайдеггер пытался прийти к позиции, похожей во многих аспектах на буддийскую доктрину, определяющую просветление как «полное и чистое осознание непосредственности момента». В обоих случаях предпринимается попытка обойти предубеждения, присущие любому методу, желающему анализировать, объяснять, понимать или извлекать смысл из нашего опыта.

Карл Тьюн (Carl Thune, 1977) воспользовался феноменологическим методом в проницательном исследовании и интерпретации АА. С точки зрения Тьюна, АА работает благодаря акценту на пересказе участниками встреч своих жизненных историй. Именно так они учатся интерпретировать свое прошлое, чтобы оно обрело смысл и давало надежду на будущее. Действуя в чисто феноменологических рамках, Тьюн придерживался мнения, что прошлое никогда и ни для кого не существует само по себе, и не только в случае с алкоголиком. Прошлое интерпретируется и творится через использование концептуальных моделей. Более значимо здесь то, что «эти модели становятся моделями творения будущего, которое не в большей степени автоматически «дано», чем прошлое» (стр. 83).

Тьюн говорит о важности жизненных историй в АА: «В некотором смысле, один из первых уроков, которые АА должны преподать своим новым членам, заключается в том, что их жизни, как они знают их, были непоследовательны и бессмысленны. Одновременно это должно открыть «правильное» понимание и интерпретацию видения мира пьющим алкоголиком, после чего новый член сможет принять все преимущества программы, предлагающей другую последовательность и другой смысл в жизни активных алкоголиков. Другими словами, согласно АА, пьющий алкоголик не только неверно воспринимает и понимает мир, но не может даже корректно воспринимать и понимать само свое восприятие и понимание. В терапии они должны научиться новым методам оценки.

Говоря абстрактнее, это не только пересмотренное и теперь уже связанное видение мира, но также и меняющиеся отношения между своими компонентами. Например, в своих жизненных историях участники описывают жизнь пьющего алкоголика, как они понимают ее — идущую «под откос» или «по кругу». Пока пьянство продолжалось, будущее было просто продолжением прошлого и настоящего — всего лишь моментом, в который это прошлое проигрывалось вновь» (1977, стр. 81-82).

Жизненная история: АА в феноменологической перспективе

Одно из главных положений феноменологии гласит, что мир и Я скорее постоянно воссоздаются по мере проживания, чем автоматически заданы порядком вещей. Инсайт в жизни индивидов происходит из анализа того мира, который они конструируют, и в котором они должны жить.

Тьюн утверждал, что природа, значение и переживание алкоголиками этих конструкций Я и мира — предмет продолжающегося процесса переустройства и переопределения, происходящего и тогда, когда человек становится алкоголиком, и в курсе любого успешного лечения, и в программе выздоровления. Центральным для этого процесса будет переопределение значения и опыта алкоголизма как дефектного образа жизни (в терминологии АА) (Madsen, 1974). Следовательно, режим лечения, нацеленный на переустройство и переопределение Я и мира, дает лучшую возможность обращения с алкоголизмом, чем модель, ориентированная на аналог физической болезни или на дурную привычку. Это преимущество лежит в основе успеха АА.

Как и большинство терапевтических систем, АА сталкивается с двойной проблемой — диагностики и лечения. Однако, анализ программой этих граней терапевтического процесса имеет мало отношения к таковому более «ортодоксальных» Западных медицинских систем (Thune, 1977). Именно в диагностике и определении алкоголизма АА разделяет компанию многих психологических подходов.

Объективный диагноз (важный и необходимый компонент научной оценки в психологии), исходящий от кого-то, кроме самого алкоголика, не имеет значения для программы. Ее успех или неудача зависит от того, может ли человек диагностировать собственный алкоголизм. Эта самодиагностика — суть двенадцати шагов АА к выздоровлению. Перефразируя Лэйнга (Laing, 1969), алкоголики должны прийти к пониманию того, что нельзя иметь алкоголизм; можно только быть алкоголиком.

В придачу к «физической аллергии» на алкоголь, признаваемой моделью алкоголизма как болезни, существует еще алкогольная личность, незрелая и эгоистичная. Они духовно больны, простодушно-эгоистичны и себялюбивы, они предотвращают любые отношения с другими или с «высшей силой», кроме самых искусственных и поверхностных.

В рамках терапии АА необходимое изменение ментального и духовного дисбаланса, которое программа считает сердцевиной алкоголизма — это нечто большее, чем только сдвиг в понимании сущности Я. Оно требует поделиться с другими своим прошлым. С самого основания АА жизненные истории были ключевым элементом его практики и теории. Участники пересказывают свои переживания времен попыток контролировать алкоголизм. В большинстве случаев, если говорящий и не был физически брошен во время своего активного алкоголизма, он пытается показать, что по меньшей мере чувствовал себя брошенным, когда пил. После принятия программы многие заявляют о том, что пережили «личностные изменения», которые сопровождают новое понимание себя и своего мира.

Жизненные истории, как правило, стереотипны, что ведет к заключению о наличии надлежащего способа анализа и конструирования своего прошлого. Прошлое индивида — средство достижения контроля над своим алкоголизмом. Через истории алкоголики приходят к видению своей жизни как более понятной; они смотрят на нее в рамках другой структуры и логики, чем раньше.

В отличие от большинства медицински-ориентированных терапевтических систем, реальная проблема, по мнению АА, состоит в том, чтобы помочь алкоголику понять свое базовое «бытие» как бытие алкоголика, в отличие от нормального неалкоголика. Акцент АА скорее на духовно-дефектном способе бытия, чем на физической неполноценности, обеспечивает возможность яснейшего выражения убеждения, что алкоголизм есть дефект бытия. Во многих случаях АА обращаются к духовному или религиозному словарю вместо, возможно, более корректной, но недоступной философско-онтологической терминологии.

Алкоголизм, с точки зрения программы — тотальный жизненный стиль, или способ бытия и действия в мире. Злоупотребление алкоголем здесь — лишь один из компонентов, хотя и самый важный. Прекращение пьянства — необходимая и первая забота, но это только первый шаг перед изменением других важных аспектов полностью дефективного стиля жизни. Нередко можно услышать, как члены АА говорят о ком-то, прекратившем пить, но продолжающем вести дефективную жизнь, как о «сухом пьянице». Это признак того, что алкоголик отказался от алкоголя, но не от конструкции своего Я (в собственном восприятии), ассоциированной со стилем жизни алкоголика.

В то время как общество неразрывно связывает алкоголь и алкоголика, АА настаивает на их разделении. Как упоминалось выше, АА утверждает, что некоторые люди являются алкоголиками, пьют они или нет, и что их поведение может быть поведением типичного алкоголика, даже если они не берут в рот ни капли уже несколько лет. Следовательно, АА принимает и то, что многие пьяницы, даже тяжелые, не обязательно являются алкоголиками (Анонимные Алкоголики, 1955).

Принимая это во внимание, неудивительно, что исследование, заявившее, что алкоголиков можно натренировать пить социально (Sobell&Sobell, 1973b), считается в АА абсурдным, поскольку алкоголизм в этой перспективе — дурная привычка, поддающаяся коррекции через просвещение. Пропасть, разверзшаяся между АА и научным сообществом, обязана своим существованием попыткам последнего рассматривать алкоголизм в рамках исследовательской парадигмы и настоянию на идентификации личностных переменных, связанных с его этиологией. Это противоречие нелегко разрешить. Высоквалифицированные исследователи многие годы не могли определить, является ли алкоголизм физической или душевной проблемой. Однако, выдающиеся специалисты в этой области, такие, как Рут Фокс (Ruth Fox, 1973), Е. М. Джеллинек (E. M. Jellinek, 1960) и Марти Манн (Marty Mann, 1973), осознали, что алкоголизм имеет культурные, психологические и физические факторы.

Хотя существует весьма много заблуждений и противоречий вокруг подхода АА к алкоголизму, это практически не имеет значения — в связи с эффективностью АА как лечебной модальности. Литература переполнена вескими доказательствами того факта, что АА реально работает (Bourne, Fox, 1973, Bailey, Leach, 1965). Поэтому ключевой вопрос состоит не в том, работает ли АА, а в том, почему работает. Психологи долго избегали его по множеству причин. Частично из-за трансцендентальных и непозитивистских оснований АА — переменных, не основывающихся на научных данных. Как утверждает Кун (Kuhn, 1962), научное сообщество зачастую становится закрытой системой, коммуникация в которой ограничивается избранными членами самого этого сообщества. В этих условиях понятно обычное сопротивление профессионалов тому, чтобы оставить принятую научную парадигму и изучить переменные, не соответствующие принятой и доказанной методологии.

Замечание Куна помогает объяснить сопротивление некоторых профессионалов принятию АА как легитимной лечебной альтернативы. В свете феноменологического объяснения АА Тьюном становится ясно, что большей частью их сопротивление связано с неудачей в смене парадигмы при попытке понять и исследовать АА. Проблема, таким образом, не в АА, а в профессионалах, не способных расширить свои когнитивные модели, чтобы понимать и изучать АА в подходящем свете. Как только такой сдвиг перспективы достигнут, можно лучше понять заключение Тьюна: «Таким образом, «лечение» АА включает систематическую манипуляцию символическими элементами жизни индивида ради обеспечения нового видения этой жизни и своего мира. Это дает новую связность, новый смысл и выводы для нового поведения. Литература отмечает такие же паттерны в других АА-группах. Действительно, любая программа лечения алкоголизма должна успешно продемонстрировать алкоголику, что он алкоголик, или, точнее, она должна успешно позволить алкоголику продемонстрировать этот факт самому себе. Это кажется возможным, только если сам алкоголик сможет по-новому открыть прошлое, чтобы подтвердить то, что, в конечном итоге, должно стать самолично поставленным диагнозом. Я считаю, что даже в системах, действующих в соответствии с другими принципами, одно из терапевтических требований — это предоставление новой модели, определяющей Я и окружающий мир.

Это утверждение, однако, не должно считаться противоречащим заключению, достигнутому в другой аналитической перспективе. Скорее, они призваны обеспечить феноменологическую перспективу, которая дополняет другие точки зрения, предложенные медициной, социологией и психологией. К более полному пониманию алкоголизма и механизмов терапии приведет скорее сумма этих различных, но явно комплементарных точек зрения, чем академические, формальные или логические аргументы» (1977, стр.88).

Самоатрибуция алкоголизма

Вторым по важности компонентом программы выздоровления (после рассказывания собственной жизненной истории на встречах АА), по мнению Тьюна, является постоянная презентация себя как алкоголика. Каждое произнесенное «я-алкоголик» — постоянное напоминание членам АА, что они находятся на расстоянии всего одного глотка от того, чем они были когда-то. Это слишком неоднозначное заявление для тех, чей интерес к АА является преходящим, поверхностным или чисто академическим. Им не удается понять значимости такого ритуала. Фактически, многие критики видят особую проблему в настояниях АА на том, чтобы члены АА представлялись алкоголиками. Люди извне программы интерпретируют это или как нечто унижительное для алкоголика, или как постоянное негативное напоминание о его многочисленных недостатках. Они не способны понять, как такое требование может вести к чему-нибудь, кроме непрерывного унижения и потери самоуважения. Напротив, члены АА, представляющиеся алкоголиками, делают это гордо, поскольку каждый раз, когда встают и делают такое заявление, они передают самим себе важное сообщение.

Самоатрибуция алкоголика содержит гораздо больше информации для алкоголика из АА, чем для человека со стороны, который считает его всего лишь тем, кто когда-то слишком много пил. Слово «алкоголик» означает все то (эгоистическое поведение, негативные установки, искаженные ценности), против чего трезвые члены АА должны быть всегда настороже, если они хотят поддерживать здоровую трезвость. Постоянным употреблением самоназвания «алкоголик» члены АА вызывают к противоположному полюсу — тому, чего каждый здоровый, выздоравливающий и трезвый член АА должен придерживаться. Члены АА, таким образом, напоминают себе каждым провозглашением себя алкоголиком, что они находятся на расстоянии всего лишь одного глотка от потери того, кем они стали — человека, чьи ценности, установки и поведение прямо противоположны таковым алкоголика.

Билл Уилсон говорил об этом на много лет раньше, когда замечал, что внутри каждого выздоравливающего алкоголика встроены две силы, которые внешний мир никогда не сможет понять. Во-первых, в жизни каждого члена АА присутствует очень реальный и безжалостный тиран, представленный выпивкой и всем, что с ней связано. Вторая сила, согласно Уилсону — это внутренний голос. В разговорах с другими он будет называть его властью, жизненной силой или любыми другими словами, с которыми слушателю было бы комфортно. В некотором смысле, выздоравливающий алкоголик является всем, чем не является алкоголик действующий. Это помогает объяснить трудности неалкоголиков в понимании того, как это один глоток может привести к соскальзыванию алкоголика в свое старое поведение.

С этой точки зрения алкоголизм видится как нечто большее, чем просто чрезмерная выпивка. Вот почему АА верит, что употребление алкоголя не может быть сокращено без лечения остальных нарушений личности алкоголика. Сложность, которую представляет для профессионалов лечебный подход АА, концентрируется вокруг необходимости тотальной абстиненции. Многие профессионалы продолжают рассматривать алкоголизм как фокусное нарушение, которое может быть устранено или сокращено, как можно срезать гнилое пятно с хорошего без этого пятна яблока. АА же видит в нем первичную проблему, которой надо заняться в первую очередь. Абстиненция от алкоголя — это первый шаг, нужный для разрушения алкогольного стиля жизни. Только после ее достижения алкоголики могут научиться фокусироваться на изменении своего психологического личностного стиля.

В такой системе в любой данный момент индивиды или здоровы, или нездоровы, в зависимости от того, какая система доминирует. Выпивка только помогает нездоровому стилю жизни доминировать над здоровым внутренним потенциалом алкоголика. Как понимает АА, алкоголики духовно изолированы и могут положиться на других лишь на поверхностном уровне. Они не могут достичь самоопределения, потому что их бытие контролируется и замутняется их пьянством. Алкоголизм делает невозможным для них положиться на кого-либо или на что-либо на значимом уровне. Поскольку товарищество АА дает выздоравливающим алкоголикам идентификацию с чем-то большим, чем они сами, оно позволяет им совершить сдвиг к здоровым отношениям с другими.

Ангьял (Angyal, 1965) согласен с Тьюном в том, что новое самоопределение не отрезает алкоголика от его прошлой истории, но изменяет ее восприятие. Это в точности то, что, по словам Тьюна, выполняет АА в процессе выздоровления. Это переживается в рассказе алкоголика о своей истории. Ангьял, однако, обращается к двум другим весьма значительным проблемам, которые Тьюн упускал. Первая — это значение отрицания, а вторая — срыв.

Ангьял пытается взяться за трудный процесс отрицания, обычный для алкоголика. Почему эти алкоголики так сопротивляются и не ищут лечения? Почему они должны удариться об дно, прежде чем хотя бы признают, что у них проблемы с выпивкой? Почему любой человек, кроме них самих, знает, что они алкоголики — что ослепляет их, не позволяя видеть то, что так легко увидеть всем остальным? Признание того, что ты потерпел неудачу — не беда для уверенного в себе человека, но не для алкоголика, в чьей системе компенсаторная гордость — ключевой элемент, а потеря лица — катастрофа. Перспектива отказа от алкоголического стиля жизни ощущается как угроза — пусть не для жизни, но для собственной целостности. Это — предательство себя, которому нужно сопротивляться любой ценой. Неудивительно, что когда пьянство алкоголиков оказывается под угрозой, они чувствуют, что все разваливается на кусочки, что они близки к обращению в ничто, что они эмоционально умирают.

Второй вопрос, к которому обращается Ангьял, включает в себя две вторичные проблемы. Первая из них — начальное распознавание алкоголизма, вторая — типичная проблема срыва, предмет постоянной заботы любого выздоравливающего алкоголика. Первый из двенадцати шагов АА к выздоровлению — признание себя алкоголиком. Ангьял пишет: «Чтобы принять ответственность, нужно просто и откровенно признать собственную роль во всех своих действиях, и в самодеструкции. Признавая это перед другими, алкоголик отбрасывает свой фальшивый фасад и выходит за пределы ограничений тревожной секретности» (1965, стр. 118). Этот шаг вперед невозможно сделать без некоторой уверенности, что в будущем алкоголик будет способен жить по-другому. АА дает алкоголикам такую модель. Когда этот шаг сделан, следующий — работа со стыдом и виной. АА считает разрешение вины и стыда труднейшей частью процесса выздоровления. Необходимые составляющие этого, в сущности, изложены в последних девяти шагах. Ангьял пишет: «Есть только один способ обращения с виной — сожалеть о ней. Это значит печалиться о вреде, который был нанесен, и о конструктивных действиях, которые не были совершены; о шансах, которые так и не были использованы, об упущенных приключениях, которые уже невозможны, об обмане тех, кто любил тебя или нуждался в тебе, напрасно пытаюсь сблизиться с тобой, чтобы быть полезным» (стр. 136). Но для борьбы со стыдом требуется нечто большее, чем сожаление. Стыд пропадает, только если алкоголик оставляет алкогольный стиль жизни с сильным желанием жить по-другому. Стыд требует измененного самоощущения. Это происходит медленнее и, как правило, труднее.

Разрешение стыда зависит от того, приводят ли усилия и инсайты алкоголика к устойчивым изменениям и реальным последствиям. Оно зависит и от того, идентифицируется ли алкоголик с вновь возникающими паттернами здоровья, и переопределяет ли себя в терминах, радикально отличных от паттернов, ассоциированных с имевшейся Я-концепцией. Ангьял подчеркивает важность этого изменения жизненного паттерна алкоголика: «Просматривая отчеты исправившихся алкоголиков, находишь, что происходящее в них отличается от недолговечных перестроек, если привычка оставляется не только из-за специфических исключаяющих эффектов; обширное изменение установок делает привычку несовместимой с доминирующей системой» (стр. 121). Член АА теперь чувствует, что пьянство несовместимо с его самоопределением как рационального и ответственного человека. По мере разворачивания такого процесса вредоносные элементы стыда сходят на нет.

Ангьял также проводит важное различие между двумя задачами: стать здоровым (трезвым) и остаться здоровым (трезвым). Он считает, что на вторую обращается слишком мало внимания. АА видит опасность незаметной, по небрежности, потери конструктивной ориентации. Паттерн алкоголизма восстанавливается через последовательность маленьких шажков, и может пройти долгое время, прежде чем человек осознает это изменение. Поэтому для выздоровления алкоголика критически важно избегать прошлых ситуаций, связанных с пьянством. Болезнь обычно изолирует алкоголика ото всех, кто не пьет так же, как он. Продолжение контакта с людьми, с которыми он связан алкогольными отношениями, представляет собой постоянную угрозу новым установкам. Эти новые установки могут «изнашиваться» в рутинном взаимодействии с людьми, считающими, что новое поведение пациента — просто лицемерная поза.

Ангьял утверждает, что сильнейшая защита от будущих срывов и черта, которую АА полагает сущностно важной для развития алкоголика — это чувство смирения. Последнее выражается в том, что алкоголик признает «банкротство» своего прежнего способа жить и отбрасывает алкоголические компенсации и претензии. Ангьял ставит последнюю точку в описании необходимого изменения, прежде чем может быть достигнута трезвость: «Когда член АА, не пьющий ни капли много лет, все еще называет себя алкоголиком, это может звучать преувеличенно или даже абсолютно фальшиво. Однако, эта искренняя самооценка есть буквальная правда, и это — лучшая защита от срыва. Когда алкоголик гордо заявляет, что «бросил это навсегда», он недалеко от того, чтобы продолжить пьянку» (1965, стр. 161).

Честность, отрицание и нужда в других

АА и экзистенциальные мыслители видят в отрицании и самообмане корень всего дурного в человеке и источник его отчуждения. Радикальное изменение такой склонности требует бескомпромиссно честной встречи алкоголика со своей нуждой в других. Курц (1982) так говорит об этом: «В соответствии с точкой зрения АА, человеческие существа, из-за присущей им ограниченности, имеют некоторые нужды. Отрицание сущностных ограничений проявляется обычно не напрямую, а через отрицание своей нужды. У алкоголика отрицание потребности в алкоголе переплетается с отрицанием нужды в других. На ранних стадиях алкоголизма он отрицает, что именно его неудовлетворенная (из-за своей ненасытности) потребность в других заставляет его искать успокоения или возбуждения в алкоголе. Например, «несколько глотков» важнее участников вечеринки, когда алкоголь становится более надежным источником удовлетворения, чем человеческое общение. Позже, после нескольких неудачных «я могу остановиться, когда захочу» (отрицание нужды в алкоголе), отрицание снова затрагивает потребность в других: «Только оставьте меня в покое — и я смогу бросить сам!»» (стр. 73). Понятия честности и взаимности, упоминаемые Курцем, критически важны для понимания программы выздоровления АА. Их взаимодействие крайне существенно для здорового функционирования индивида. Именно такая комбинация позволяет ему достичь гармонии, необходимой для функционирования в качестве вовлеченного участника этого мира. Как полагают экзистенциалисты, алкоголик в изоляции часто переживает тревогу и отчуждение, которые определяют формирование и актуализацию развернутого состояния, называемого ими экзистенциальным кризисом. Алкоголик не есть часть целого; он не вовлечен и не имеет реальной свободы выбора.

Конечно, это экзистенциальные темы. Отчуждение и неспособность (или отказ) выбирать — характеристики того, что Сартр называет «недобросовестным действием». Аутентичность, такая необходимая часть экзистенциального определения здоровья, невозможна для человека, изолированного от мира и от себя самого.

Курц (1982) описывает борьбу за аутентичное существование — чтобы стать и быть тем, кем ты реально являешься — как самое значительное и полное смысла событие в жизни любого человека. Эта тема также превалирует в экзистенциальной философии, и экзистенциалист Мартин Бубер многократно обращался к данному вопросу в своих произведениях. Он критиковал коллективность общественной мысли, которая сгущает человеческие существа, уменьшая дистанцию между ними. Коллективность для Бубера — это стадный инстинкт, или «толпа», отчуждающая людей, не позволяя им встретиться с другими во всей их уникальности. Бубер, как и Ангял, чувствует, что наша вина заключается в неисполнении и нераспознавании собственного потенциала и уникальности. Мартин Хайдеггер справедливо замечает, что в такой ситуации мы переживаем первичную вину. Реальная вина, по мнению Хайдеггера, состоит в том факте, что «существование виновно на основании своего существования, и существование виновно в неисполнении себя» — когда не становишься тем, что Хайдеггер называет *das Man* (цит. по Buber, 1964, стр. 390).

Бубер предвосхищает Курца в описании важности Я-Ты для определения необходимого состояния человеческого развития. Как и программа АА, Буберовское понятие Я-Ты подчеркивает важность вовлечения во что-то большее, чем ты сам. Конечно, высшее Я-Ты для Бубера — это личные отношения с Богом. Однако, буберовское Я-Ты есть нечто большее; это конкретный опыт бытия в гармонии с мирозданием. Встреча может случиться, когда человек открыт переживанию подлинных отношений — с другим человеком или с неодушевленным объектом. Даже смутные встречи — микрокосмы высших отношений. По Буберу, связь с кем-то или чем-то может быть опытом, сравнимым с прикосновением к духовной силе, объединяющей индивида с космическим порядком.

Гениальность Бубера не в его формулировке Я-Ты, поскольку это делали и другие до него. Но Бубер — единственный, кто поместил в центр монументального произведения задачу указания на сущностное различие между прямой, взаимной встречей (в которую вступаешь в своем целостном бытии, полностью присутствуя) и непрямыми, невзаимными отношениями субъекта с объектом, Я-Оно.

Как и Ангял, Бубер понимает необходимость автономии, или способности поддерживать отношения в сфере Я-Оно. Он говорит об отдельности Я в позитивных терминах, потому что развитие этого Я позволяет вечному Ты встретиться со всей его уникальностью. Следовательно, отдельное Я в его системе необходимо по ряду причин. Бубер чувствует, что человеческое существо есть нечто большее, чем просто разумное животное. Животные, по Буберу, не нуждаются в подтверждении своего бытия, поскольку они бесспорно являются тем, что они есть. Люди же нуждаются в том, чтобы присутствовать в бытии «другого». Их самосознание, таким образом, выше, потому что здесь присутствует элемент выбора. Одно человеческое существо, в силу отдельности своего Я, может встретиться с другим человеческим существом как с Ты, и в этой встрече они оба способны познать парадокс своей уникальности и своей схожести.

Параллельная тема у Ангяла и Бубера — та важность, которую они придают тому, чтобы человек, будучи автономным, был способен не контролировать, становясь частью динамического целого. Как утверждает Ангял, «Сами в себе мы — ничто. Мы — послание, вызываемое к жизни, только когда кто-то понимает и подтверждает его». Терапевт в видении Бубера отличается от психолога, проясняющего что-то путем обращения к собственному Я — в самонаблюдении, самоанализе и эксперименте, связанном с тем, что он знает из литературы и из наблюдений. Буберовский терапевт вместо этого должен войти, полностью и в реальности, в акт саморефлексии, чтобы осознать человеческую целостность. Другими словами, терапевты должны осуществить акт вхождения в это уникальное измерение, как акт своей жизни, без каких-либо предварительных философских гарантий; они должны показать себя всему, что может им встретиться во время, пока они реально живут.

Из этого следуют глубокие следствия для терапии. Люди, обращающиеся за лечением, обычно изолированы, и для того, чтобы прикоснуться к здоровому потенциалу внутри себя, им необходима способность вступать в подлинно взаимный диалог. Вот почему актуальная встреча двух людей может прервать спираль изоляции, подчинившую себе жизнь алкоголика. Акцент Бубера в терапии состоит в исцелении-через-встречу — неотъемлемую часть подлинного диалога.

Как утверждает Бубер, ключевой шаг в АА — самотрансценденция, включающая новые отношения с другими, которые признаются такими же ограниченными, как и мы. Такой сдвиг перспективы требует признания того, что «быть полностью человеком» значит «нуждаться в других». Для алкоголиков это — непростая задача. Курц считает, что ее еще усложняет тяжелое чувство стыда, сопровождающее их алкоголизм. Фактически, Курц считает, что АА работает именно потому, что работает со стыдом.

Глава 6 была целиком посвящена объектным отношениям, Я-психологии и патологии характера в их связи с аддикцией и с групповой психотерапией. Определения Кохута здесь повторяться не будут, но полезно отметить много параллелей, существующих между стыдом, как описывает его Курц, и Кохутовским определением нарциссизма.

АА: точка зрения Я-психологии

Рассмотрение аддикции как расстройства Я (самости), и феномена нарциссизма — как проблематичного выражения потребности в отзывчивости Я-объекта, помогает привести альтернативное объяснение того, почему АА и другие двенадцатишаговые программы так успешно работают с химически зависимыми людьми. Я-психологи придерживаются многих базовых положений, которые считаются существенными для лечения нарциссических нарушений. Кохут видел в нарциссическом расстройстве реакцию на повреждение самости, и считал опыт связи Я с Я-объектом ключевым для психологического здоровья и роста. Кохут подразумевает, что существует обратная пропорция между ранним опытом позитивной отзывчивости Я-объекта и склонностью обращаться к алкоголю, наркотикам и другим источникам удовлетворения как к замене этих недостающих или угрожающих отношений. И наоборот, если нужно успешно прекратить такие неверно направленные попытки самовосстановления, люди должны научиться замещать их здоровыми межличностными отношениями, в которых потребности в отзывчивости Я-объекта (Отражение, Слияние и Идеализация) постепенно и надежно удовлетворяются.

АА и другие двенадцатишаговые программы выполняют эти задачи многими способами. Во-первых и в-главных, АА обеспечивает предсказуемое и последовательное поддерживающее окружение, которое позволяет аддиктам и алкоголикам удовлетворить потребность в Я-объекте таким способом, который не является ни эксплуатирующим, ни деструктивным или постыдным. Из-за неудовлетворенности потребностей развития, аддикты или алкоголики имеют такую сильную и подавляющую потребность (Объектный Голод) в человеческой отзывчивости, что они считают ее ненасытной и стыдятся своей нужды. Через идентификацию с другими алкоголиками и наркоманами они приходят к принятию в себе того, чего не могли принять раньше, потому что верили в уникальность свой «плохости». Вот что сказал один начинающий выздоравливать алкоголик о своем первом опыте в АА: «Я рассказал всем все эти ужасные, мерзкие и постыдные вещи о себе, и вместо отвращения получил от каждого присутствующего его номер телефона». Принятие на таком уровне эмоциональной уязвимости может быть выносимо для аддиктов и алкоголиков, потому что они чувствуют себя понятыми на самом базовом эмпатическом уровне. Эмпатия и эмоциональная настройка — не только краеугольный камень лечения для Я-психологии, но также и основание, опираясь на которое химически зависимый индивид может начать чувствовать отзывчивость и удовлетворение, которых ему не хватало, и которые он раньше был неспособен переносить.

АА, как поддерживающая среда, становится также и переходным объектом — здоровой зависимостью, обеспечивающей достаточную сепарацию, чтобы предотвратить слишком сильную зависимость от какой-либо одной персоны, пока не завершатся индивидуация и интернализация. Постепенно алкоголики и наркоманы становятся способны отказаться от грандиозных защит (нарциссизм) и фальшивого Я (персоны) ради исследования себя самих (подлинной самости), какие они есть в реальности. С экзистенциальной точки зрения, конфронтация между тем, чем они пытались быть, и тем, что они в реальности есть (не-Бог), имеет результатом прекращение недобросовестной жизни («in bad faith») (алкоголик) и возможность стать более аутентичным («Привет, я Джо, выздоравливающий алкоголик») — со всеми ограничениями, которые на них накладывает аутентичная жизнь. Они постепенно оставляют инфантильные способы заставить других удовлетворять свои потребности ради более зрелых способов установления близкого человеческого контакта (устранение дефектов характера в процессе работы по программе). Алкоголик или наркоман способен также по большей части интернализировать заботу о себе и модуляцию аффектов (преобразующая интернализация). Центральная тема в этом процессе — принятие своего Я как чего-то, что просто есть. Это требует работы со стыдом за себя, который ранее скрывался.

Ханзян (1994) считает, что АА изменяет алкоголиков, потому что программа способна проникнуть за нарциссические защиты гордыни. Первичной причиной страдания алкоголиков, по Ханзяну, является неспособность контролировать свое пьянство и себя самих. Неспособные признать свою уязвимость, они остаются изолированными, одинокими и отрезанными от себя и других. Того, что им нужно делать (признаться в своей уязвимости перед другими), они делать не могут — из-за стыда и своей характерологической грандиозной защитной позы. АА работает, поскольку после инициации в программе устанавливается контакт с другими, и через продолжающееся взаимодействие с другими алкоголики могут изменить дисфункциональный межличностный стиль, который до этого момента доминировал в их жизни. Ханзян объясняет, что только через такое поддержание контакта с другими может быть вылечено расстройство самости. Он выделяет четыре аспекта в затруднениях алкоголика: (1) отношения с эмоциями; (2) самооценка, или недостаток здорового нарциссизма; (3) взаимно удовлетворяющие отношения; и (4) забота о себе. Он соглашается с Курцем в том, что стыд делает трудными (если не невозможными) договоренности и контакты со многими практикующими алкоголиками.

АА: лечение стыда и нарциссизма

Курц (1981) говорил, что есть два разных способа чувствовать себя плохо — стыд и вина. Стыд — гораздо более мощная и примитивная эмоция. Вина подразумевает плохое самочувствие из-за чего-то, что ты сделал. Это нарушение правил, и фокус находится в поведении и действии. Я обещал встретиться тебе после работы и проводить домой. Я не выполнил своего обещания, поэтому я чувствую себя плохим или виноватым из-за того, что я сделал. Стыд — это общий недолет до цели, и он касается ощущения себя недостойным. Стыд ударяет в самую сердцевину нашего бытия.

Я чувствую плохим не то, что сделано, но то, кто или что я есть. Вина исправляется некоторым количеством усилий — переделыванием заново или коррекцией поведения. Стыд может быть вылечен только качественно — пере-бытием того, что я есть; для этого требуется превращение или новое самоощущение.

С точки зрения Курца, лечение стыда — гораздо более замысловатый и трудный процесс, чем лечение вины. Стыд нельзя вылечить разговором о нем. Он может быть исцелен только через уязвимость. Мы не можем соприкоснуться с болью другого без контакта со своей собственной. Поэтому лечение, которое не только позволяет алкоголикам понять, что их собственная боль не постыдна, но и позволяет им ощутить связь и идентифицироваться с чужим стыдом и болью, учит их тому, что поделиться болью с другим может быть целительно. Алкоголики научаются принимать в других те аспекты себя, которых они стыдились. Прежде, чем пациенты смогут быть излечены, они должны понять, что они могут быть приняты другими такими, как есть. Такой процесс инициируется принятием в другом постыдных аспектов самого себя.

Взаимность, таким образом, становится ключевым аспектом терапии. Вот почему АА и групповая терапия работают, в то время как индивидуальная часто терпит неудачу. И АА, и групповая психотерапия позволяют разорвать цикл межличностной изоляции, центральный для становления стыда. Все алкоголики боятся, что обнаружится то, чем, как они чувствуют, они в действительности и являются, что они упадут в чужих глазах, и их будут игнорировать. Показать свое реальное Я очень страшно, поэтому нужно подтверждение от других в процессе взаимного самораскрытия. Смущение — это переживание человека, выставленного на обозрение и приведенного в контакт с постыдными частями своего скрытого, подлинного Я. Когда алкоголики встречаются с конфронтацией, они вынуждены осознавать внутреннюю неконгруэнтность и фальшивое Я, свой защитный фасад. Под ним находятся страх и стыд. Эти чувства могут быть разрешены только конфронтацией и постоянным подтверждением от других, что они принимают открывшееся подлинное Я.

Стыд подразумевает ощущение разоблачения. Последнее представляет собой чувство, что тебя застигли врасплох, и на тебя смотрят. Стыд усиливается при демонстрации своего Я самому себе, заставляя переживать унижение. Как правило, Я отказывается видеть себя, и это — базис алкоголического отрицания и самообмана. Стыд возникает, когда Я проламывает обманный фасад фальшивого Я. В терапии Я должно встретиться со своим испугом и быть увиденным так, как есть. Для алкоголиков, подверженных огромному страху конфронтации со своим подлинным Я, такое его выставление требует не только пронизательности, но и смелости.

Курц (1982) проводит несколько важных параллелей между экзистенциальной позицией неаутентичности и «фальшивым Я» Винникотта (см. Главу 6) и теоретиков объектных отношений. Курц описывает, как это фальшивое Я зарождается:

«Иногда, из-за этого ужаса, человек будет диссимулировать при презентации себя другим, попытается подавить боль отдаленности завоеванием признания и принятия. В той степени, в которой он добивается успеха, он будет переживать странное, неназываемое опасение, застревая в непростом состоянии, которое он находит одновременно болезненным и искажающим» (стр. 61).

Курц считает страх показать другим свое подлинное Я причиной нечестности и самообмана. Как только привычка к нечестности установилась, она ведет к искажению «зрения» алкоголика.

«Из-за нежелания или неспособности сказать правду о том, кто он есть, такой человек в глубине души считает себя притворщиком. Он не только стыдится иметь секретное, некрасивое, нелегитимное Я и скрывает его. Духовное бремя не-проявления личности, которая «есть», или не-«бытие» той личностью, которая проявляется — обширное и намеренное смешение действительного и кажущегося — невыносимо для прямого взгляда. Отчаявшись достичь целостности, которой жаждет, человек начинает хвататься за иллюзию: раз уж нельзя сделать публичным свое приватное Я, надо приказать приватному Я соответствовать публичному. Этот выбор соблазняет к полной потере правды — не столько «произносимой», сколько знаемой» (стр. 61).

В большинстве своем люди, алкоголики и неалкоголики, часто не осознают, что они фальшивы, нереальны и неаутентичны. Они не знают о другом существовании. Они в конце концов приходят к убеждению, что их фальшивое Я реально, потому что без этого защитного фасада они не имели бы ничего. Таким образом, им кажется, что близится катастрофа, когда их фальшивый фасад находится под угрозой. Они почувствуют себя разоблаченными, ощутят стыд и страх небытия.

Здесь, в области построения фальшивого Я, Курц и экзистенциалисты едины с Кохутом и психологией самости в объяснении парадокса существования и выздоровления алкоголика. Кохут считает нарциссизм защитным фасадом, принятым постольку, поскольку подлинное Я либо фрагментировано, либо слабо или не спаяно. Разоблачение такого беззащитного подлинного Я перед миром — это риск, которого нужно избегать любой ценой. Курц называет такое глубокое чувство недостойности и смущения стыдом, и утверждает, что это чувство, донимающее каждого алкоголика. Алкоголику, с точки зрения Кохута, недостает спаянности Я, и он постоянно ищет подтверждения других, или объединяется с могущественным другим, чтобы поддержать свою самооценку.

С точки зрения Кохута, именно поэтому АА — настолько эффективная лечебная программа. Кохут определяет нарциссическое расстройство по присутствию трех типов трансферентных искажений (см. Главу 6). Они или идеализируют, или испытывают зеркальный голод, или склонны к слиянию.

АА же обеспечивает им идеализированного другого (программу АА, принципы АА и т.д.) или конкретную, достижимую цель. Если алкоголики делают то, чего требуют принципы программы АА, они получают все то отражение и подтверждение, в котором нуждаются. АА примет их — не важно, что они совершили в прошлом — и всегда будет здесь для них, в любое время в будущем, когда они захотят или будут нуждаться в этом. АА — постоянная «достаточно хорошая» мать, которая служит переходным объектом, пока принципы программы не интернализуются. АА также обеспечивает идеализированных других (спонсоров и трезвых членов), с которыми алкоголик может слиться. Слияние с идеализированным другим служит контейнером для истощенного Я алкоголика. Те алкоголики, чья нужда в подтверждении неутолима, будут получать аплодисменты других членов АА столько времени, сколько будут оставаться трезвыми. Некоторые члены АА могут приобрести качества «гуру». Тогда они гарантируют себе отражение, которого жаждут, и будут делать все необходимое (трезвость), чтобы убедиться, что этот источник подтверждения никогда не иссякнет. В то же время, они будут служить идеализированными другими для других выздоравливающих алкоголиков.

Однако, опасность, по Кохуту, состоит в том, что нарциссические индивиды могут прийти к убеждению, что их фальшивое Я — это и есть Я подлинное. Они могут быть обмануты своими нарциссическими и грандиозными фантазиями. Курц называет это отказом алкоголиков принимать ограничения в своих стремлениях. Они не только увязают в своем нарциссизме, но и испорчены собственной грандиозностью.

Дилемма алкоголиков — хотение большего при удовлетворении меньшим — аналогична дилемме любого человеческого существования. Как разумные существа, все мы способны представить себе положение дел, которое не существует в настоящее время. Посредством устройства, называемого разумом, мы можем проецировать в будущее набор обстоятельств, приводящих в движение то действие, которое изменит настоящее. Следовательно, мы можем планировать, достигать и создавать состояние дел, которое не существовало бы, если бы не наши действия. Мы способны воздействовать на других и делать вещи другими. Чем большего мы достигаем, тем больше мы верим в свои достижения. Чем больше мы верим в свои достижения, тем больше мы обманываем себя мыслью, что мы уникальны, особенны и безграничны. Нас гипнотизирует ощущение своей уникальности, и мы теряем ту грань, которая позволяет нам достигать, создавать и улучшать свою жизнь. Мы начинаем верить в свою божественность. Мы верим, что достигли абсолютного контроля, и теряем смирение, и это удерживает нас от того, чтобы быть собой.

Следовательно, жизнь содержит в себе постоянный парадокс. С одной стороны, люди — смертные существа, с другой — они бесконечны в своих желаниях. Невозможно избежать влияния собственных успехов. За все наши достижения нам приходится платить заблуждением — верой в свою особость. Без стремления к величию мы бы оставались заурядными. Мы постоянно получаем напоминания о том, что есть совершенство превыше нашего понимания. Чарлз Фрэнкел (Charles Frankel) резюмирует эту дилемму так: «Как бы люди ни старались, ничего не поможет — они захвачены в плен локальными обстоятельствами, ограниченным видением и личным, полностью и слишком личным Я».

С эгоизмом связаны даже самые высокие взлеты их альтруизма; есть связь с чем-то личным, включающим себя и пристрастным в их мыслях, даже когда они верят в свою высшую объективность. И все же, несмотря на тот факт, что люди — пленники необходимости на этом пути, они также и свободны. Они не могут поддерживать какую-либо точку зрения, кроме относительной, или иметь что-либо, кроме ограниченного понимания совершенства. Но они могут знать, что есть совершенство превыше их понимания. Они могут видеть больше своих собственных локальных обстоятельств, понимая, что возможна другая точка зрения, и верить, что есть такая вещь, как безличность и объективность. Короче говоря, человек — это создание, напряженно живущее между двумя мирами: один — актуальный, ограниченный мир, в котором он живет, и от которого он не может не чувствовать себя отчужденным; другой — идеальный мир, по которому он тоскует, но из которого он навсегда исключен. Быть разочарованными идеалистами — общая и извечная судьба всех людей. Целостная моральная жизнь человека требует, чтобы он «искал невозможной победы и приспособлялся к неизбежному поражению» (стр. 88).

Источник всех наших достижений есть также источник нашей злобы и глупости. Аргументы Фрэнкела убеждают, что наши пороки и добродетели имеют общее происхождение. Следовательно, все, что делают люди, испорчено. Наши триумфы искушают нас забыть свои слабости, и вместе с ростом нашей власти и силы растет наша гордость и догматизм. Однако, Фрэнкел считает, что если бы человеческие существа не могли заглядывать дальше ближайшего будущего, они бы не были подстрекаемы своими желаниями чего-либо лучшего, и ни один из их последующих триумфов не был бы возможен. Однако, за знание приходится платить бременем познания. Понимание достигается ценой знания о том, что смерть и страдание есть часть жизни. Такое понимание порождает тревогу — это то, что отделяет человека от животных. Вот почему мы никогда не можем достичь простого счастья, которое переживают животные — ведь они, в отличие от людей, несомненно являются тем, что они есть. Фрэнкел описывает неизбежную для каждого экзистенциальную дилемму, которая является источником самообмана у алкоголика: «Но тревога является и источником чего-то другого — а именно, греховности человека. Боль тревоги побуждает людей попытаться ее избежать. Они погружаются в чувственность, стараясь забыть, что есть нечто по ту сторону непосредственного. Они теряют себя в фанатизме, стараясь убедить себя, что принесли Абсолют на землю. Они пытаются урезать свои стремления и впадают в цинизм, или, тщась раздуть свои силы, впадают в гордость и высокомерие. Одним словом, они стараются отождествить собственные ограниченные и относительные силы с Абсолютом. И это есть первородный грех. Грех — наркоз души; это вечное искушение, которому люди неизбежно должны поддаваться» (стр. 89).

Первородный грех, как определяет его Фрэнкел, существует благодаря поеданию человеком плода познания. Целенаправленное мышление ведет мужчину и женщину к изгнанию из Райского Сада, где они разделяли простое счастье животных, не сомневающих в своем существовании. Это мышление порождает в людях раскол между абстрактным и конкретным. Сознательность приводит к проблемам, потому что она подразумевает дуализм, где ничто является чем-то реально существующим. Бейтсон (Bateson, 1971) описывает этот конфликт в мышлении как эпистемологическую ошибку, оставшуюся от философского наследия Декарта, который и создал это расщепление (субъект-объектный дуализм). Алкоголики пытаются симулировать контроль, когда возможности контроля не существует. Никто не может реально контролировать себя, потому что нет «Я», чтобы контролировать. Я — только абстракция. Бейтсон считает это ошибкой в мышлении (т.е., симметрией, говоря его словами) и в бытии (т.е. в эпистемологии). Люди вовлекаются во внутреннюю войну, в которой алкоголизм становится полем боя. АА просит алкоголиков прекратить войну, и вместо того, чтобы думать симметрично, подходить к жизни комплементарно. Как говорит Бейтсон, АА побуждает алкоголиков отказаться от некорректной эпистемологии, и вследствие этого они не будут больше пытаться делать невозможное, то есть контролировать себя. Скорее, они примут себя такими, как есть. Курц (1982) суммирует эту позицию так: «Гуманистические мыслители, изучающие феномен человека, как напоминает нам экзистенциальная мысль, должны сторониться императива контроля. Человеческое существо, как человек, не есть ни инструмент, ни только объект — поскольку что такое «объект», если не еще один потенциальный инструмент? Картезианский субъект-объектный дуализм неизмеримо увеличил человеческое знание и контроль над вещами. Однако, примененный к личностям, он, как показывает опыт АА на nive лечения алкоголизма, не только огорчительно недостаточен, но трагически деструктивен. Субъект-объектный дуализм, с его требованием «объективности», видит достижение истины актом скорее завоевания, чем откровения. Дуалистический стиль и подход, таким образом, совершает насилие над человеческими ценностями. Обращение с людьми, как с вещами, может только усилить отчуждение. Такой подход скорее подпитывает, чем излечивает алкоголизм» (стр. 47).

Глава 8. Диагностика и лечение аддикций

Лечение зависимостей, которое никогда не было легким предприятием, в последние двадцать лет стало еще более комплексным и трудным. Этому возрастанию сложности способствует множество разнообразных факторов, и самый последний из них — это рост употребления наркотических препаратов, как легальных, так и нелегальных. Когда-то лечение аддикций занималось почти исключительно алкоголем и алкоголиками, и в большинстве случаев таким алкоголиком был белый мужчина сильно за тридцать или за сорок. Возросший уровень употребления нелегальных наркотиков — таких, как марихуана, героин и кокаин — наряду с быстрым распространением вновь разработанных препаратов (*designer drugs*) среди всех членов общества (мужчин, женщин, подростков, детей), независимо от возраста, расы, вероисповедания, социально-экономического статуса и этнического происхождения, значительно усложнило картину лечения. Стоит прибавить к этому недавнюю фармакологическую революцию в этой стране, принесшую с собой не только множество преимуществ, которые фармакология предоставляет массе населения, но также и равное количество потребителей, оказавшихся зависимыми и злоупотребляющих такими препаратами, как амфетамины и транквилизаторы. Поэтому неудивительно, что специалисты по лечению аддикций оказались в лабиринте противоречивых и конфликтующих между собой установок и рекомендаций в отношении лечебных стратегий и подходов. Еще более усложняет проблему растущее число недугов или расстройств, которые теперь тоже считаются аддикциями, даже если они ничего общего не имеют с приемом химических веществ (гемблинг, сексуальная аддикция, работорголизм и т.д.). Последний влияющий фактор — это недавние перемены в экономическом климате, особенно страхование и покрытие издержек третьей стороной. Страховые компании, в чьи полномочия входит возмещение убытков и финансовые аспекты помощи, сами поддаются под все возрастающее давление конкуренции, заставляющее снижать цены и продвигать менее дорогостоящие формы лечения зависимостей.

Лечение аддикций, как и употребление химических препаратов, не происходит в вакууме. Нельзя понять и объяснить его вне социального и культурного контекста. Установки общества по отношению к употреблению химикатов и лечению быстро изменяются, и этот сдвиг играет замысловатую роль как в том, каким образом происходит лечение зависимостей, так и в том, почему употребление химических препаратов в нашем обществе все увеличивается. Говоря конкретнее, наше общество стало нарко-ориентированным. Будь то запрещенные наркотики, такие как героин, или узаконенные, непризнанные таковыми «не-наркотические» вещества, такие, как никотин или кофеин, проблема остается все той же. Мы принимаем наркотики, чтобы оживиться и воспрянуть духом, и мы принимаем наркотики, чтобы успокоиться. Начиная утро чашкой кофе, днем мы принимаем аспирин, а заканчиваем ежевечерним мартини; наша культура научилась все больше и больше полагаться на наркотики, как на эффективное средство, призванное помочь нам справиться с ежедневным жизненным стрессом. Многие считают, что нынешний рост употребления наркотических средств отражает общекультурное изменение установки в отношении наркотиков, в которых стали видеть приемлемый путь разрешения проблем (Ray, 1972, Johnson, 1973).

Существует ряд причин для роста числа употребляемых в нашем обществе наркотиков. В нашем в целом изобильном обществе каждый человек довольно рано научается тому, что наука и технология найдут решение любой проблемы, как только она будет идентифицирована. Благодаря нынешней скорости социальных и технологических перемен ожидание быстрых решений глубоко и прочно укоренилось в нашей культуре. Наркотики обеспечивают как раз такие быстрые решения. Рост употребления веществ (и злоупотребления ими) можно считать частью быстро развивающейся биологической революции, один из аспектов которой — революция фармакологическая. Одно из наиболее интересных, но наименее изученных культурных изменений — это употребление психоактивных препаратов скорее из-за их воздействия на умы, чем на тела. Мы перешли от препаратов, излечивающих тело, к препаратам, излечивающим разум. Впервые мощные химикаты, ясно обозначаемые как наркотические препараты, широко употребляются здоровыми людьми из-за своего социального удобства.

Появление подобного общественного ожидания мгновенного фармакологического ответа на любые недуги было заметно облегчено тем, что наркотики сулили разрешить большинство наших личных проблем. Рынок изобилует увещаниями использовать наркотики для облегчения широкого спектра дискомфортных ситуаций. Такая реклама не лжива, она лишь вводит в заблуждение. Эти ошибочные концепции, способствующие нереалистическим ожиданиям, еще усугубились благодаря истовой поддержке профессионалов, содействующих потреблению, назначению и использованию различных веществ. Поддержка врачей помогла узаконить использование наркотических препаратов в нашей культуре теми людьми, которые в нормальных обстоятельствах не потерпели бы их употребления. Все это — вопрос иллюзий и ложных допущений, а также следствие краха попыток рассматривать наркотики иначе, чем в определяемых культурой терминах. В связи со всеми этими обстоятельствами наша культура становится все жеманнее в вопросах признания некоторых препаратов наркотиками, в то же время демонстрируя преувеличенную тревогу из-за развлекательного использования других веществ. Эта несообразность, похоже, является одним из показателей прочного укоренения данного наркотика в обществе. Многие люди не способны увидеть, что их потребность в чашечке кофе, сигарете, коле или пиве хоть в какой-то степени связана с употреблением наркотиков (и злоупотреблением ими). Недавний переход антипсихотических, противотревожных средств и антидепрессантов из больницы аптеки в домашние аптечки — ничто иное, как современная версия принятия кофеина, никотина и очищенных спиртов в качестве неотъемлемой части американского образа жизни.

Социальные установки, касающиеся использования наркотиков как простого и приемлемого способа разрешения некоторых трудностей, также отражаются и на отношении к определению и лечению аддикции. То, что в одном случае будет нормальным или приемлемым употреблением, в другом может считаться неправильным употреблением, злоупотреблением или даже аддикцией. Отношение к использованию наркотических препаратов и критерии, применяемые для определения аддикции, диктуют то, как, когда и каким образом она будет лечиться. Конечно, путаница в критериях — одна из базовых причин существования такого количества противоречивых рекомендаций и определений зависимости. В то время как некоторые исследователи (обычно те, что принадлежат к академическим кругам) видят в аддикции дурную привычку, которая должна быть изменена (такую же, как привычка грызть ногти), другие (обычно практики, работающие с аддикциями в лечебном контексте) видят в ней расстройство, ставящее вопрос о жизни и смерти, и влекущее за собой множество духовных, физических и психологических последствий. Первая группа часто называет альтернативами лечения бихевиоральную терапию и когнитивный рефрейминг. Проводятся исследования и печатаются статьи о том, как важно, чтобы характеристики пациента и его отношение к жизни соответствовали тем лечебным методам, которые употребляются в работе с ним. Часто рекомендуется спрашивать аддиктов, имеющих мозговые нарушения, предпочитают ли они умеренное употребление химических веществ или абстиненцию в качестве альтернатив лечения, словно спрашивая, как им подать бифштекс — с кровью или хорошо прожаренным.

Я отнюдь не подразумеваю того, что альтернативные подходы к лечению зависимостей не должны исследоваться. Суть в том, что различные социальные и культурные установки, касающиеся употребления наркотиков и алкоголя, порождают подобные же установки в вопросе о возможностях лечения и в определениях того, что, в сущности, представляет собой аддикция. Разумеется, тот, кто позволяет себе немножечко выпить, не имея предшествующей истории социальных, юридических, духовных, брачных, физических, психологических или экономических последствий пьянства, должен быть ознакомлен с иными вариантами, если он справится о рекомендациях или попросит руководства в вопросе употребления алкоголя. Но сколько таких людей будет добровольно стремиться к лечению? Должен быть тщательно взвешен не только вопрос о дифференциации критериев, но и проблема этических последствий применения альтернативного лечения, имеющего малую практическую ценность или чреватого негативными побочными эффектами. Для иллюстрации этого утверждения приведу случай из практики:

Двадцатидвухлетний студент последнего курса колледжа одного из местных университетов записался на первичный прием к терапевту, жалуясь на злость и депрессию. На первом же интервью терапевт узнал, что гнев и склонность к скандалам проявляются тогда, когда молодой человек сильно накурится марихуаны или напьется с приятелями. Депрессия обычно следует за подобными «тяжелыми вечеринками». На вопрос о том, не перебарщивает ли тот с употреблением наркотиков, пациент ответил, что, мол, не больше и не меньше, чем все остальные друзья, с которыми он кутит. Больше не было никаких тревожных симптомов, связанных с употреблением каких-либо веществ — таких, как пьяное вождение, плохая академическая успеваемость и т.д. Серьезных оснований для диагноза аддикции, зависимости или даже злоупотребления обнаружено не было. Однако, пациент с готовностью признал, что его отец, весьма успешный врач — выздоравливающий алкоголик, регулярно посещающий встречи АА. На вопрос терапевта, задавался ли юноша когда-либо вопросом, не может ли и он тоже быть алкоголиком наподобие отца, тот признался, что «такая мысль закрадывалась». Терапевт предложил ему посетить несколько встреч АА, чтобы проверить, так ли это — посмотреть, не обнаружит ли молодой человек, что он и впрямь алкоголик, как и его отец. Молодой человек с готовностью согласился, а когда через неделю вернулся на следующую сессию, его настроение драматически изменилось. Он посещал встречи АА каждый день всю прошедшую неделю и решил позвонить отцу, чтобы поделиться с ним своими тревогами. Молодой человек продолжал свои еженедельные терапевтические сессии и почти каждый день присутствовал на встречах АА — до тех пор, пока через четыре месяца не закончил университет. Тремя годами позже, вновь приехав в этот город, он позвонил терапевту, чтобы назначить еще одну встречу. Едва войдя в кабинет, он сообщил, что дела его идут хорошо, и что он только что успешно приступил к новой работе. Трезвый и все еще активный член АА, он признался, что его все еще сверлят сомнения по поводу своего диагноза, и что главная причина его просьбы о встрече заключается в том, чтобы спросить терапевта, почему тот посчитал его алкоголиком? Ему хотелось бы знать, не стоит ли «снова попробовать немного выпить»? Он был несколько встревожен и обескуражен, услышав в ответ, что терапевт никогда не ставил ему диагноза «алкоголизм». Терапевт напомнил ему, что вопрос звучал так: «А Вам когда-нибудь приходил в голову вопрос, не можете ли и Вы оказаться алкоголиком?». Далее следовало предложение «проверить это», посетив несколько встреч АА. Терапевт напомнил ему о том, что он сам поставил себе диагноз. Для того, чтобы переварить это, молодому человеку потребовалось несколько минут, а затем он произнес: «Я больше не считаю себя алкоголиком. И что же я должен делать, как по-Вашему?». Не моргнув глазом, терапевт ответил: «Ну, Вы всегда можете это проверить». Несколько озадаченный подобным ответом, молодой человек признал, что риск обнаружить, что он и вправду алкоголик, начав снова пить, слишком велик. Он лицезрел буквально сотни людей из программы, которые возвращались к пьянству или к наркотикам, и в каждом случае результат был катастрофическим. К концу сессии он пришел к заключению, что вопрос о том, является он алкоголиком или нет — не из тех, которые он хотел бы проверять эмпирически, и что он спокойно может жить дальше со своими сомнениями и неуверенностью в правильности диагноза.

Критерии аддикции

Любая сфера человеческого поведения включает в себя целый спектр, от «нормального» или «среднего» до «ненормального» или «чрезмерного». Употребление алкоголя или наркотиков — это такая же сфера поведения, и, как таковая, содержит аналогичный спектр. В определенном культурном и социальном контексте между абстиненцией и чрезмерным потреблением алкоголя или наркотиков может находиться довольно большой приемлемый промежуток. Нигде это не проявляется столь драматически, как среди американских индейцев. Различные племена, даже живущие практически по соседству, такие, как Пима в центральной Аризоне и Хопи, обитающие севернее резервации Пима, разительно отличаются друг от друга по уровню потребления алкоголя и распространению алкоголизма. Если для Хопи алкоголизма практически не существует, то показатели алкоголизма среди Пима превышают средненациональные в четыре-пять раз. Сложившееся в культуре отношение к приемлемому уровню потребления алкоголя, похоже, попало любые другие факторы, определяющие, каков нормальный (или допустимый) уровень употребления наркотиков.

«Нормальное» употребление: как и в случае любого другого поведения, термин «нормальный» обусловлен культурой. К примеру, пропустить стаканчик (алкоголя) или выкурить немного марихуаны на каком-либо социальном мероприятии считается нормальным (приемлемым) поведением в среде многих, но не всех социальных групп. Нормальное — не означает законное. Алкоголь был запрещен в Соединенных Штатах с 1919 по 1932 год; никотин (курение сигарет) был запрещен во многих штатах в 20-е годы; марихуана запрещена сейчас. Однако их умеренное употребление в некоторых социальных группах считалось (и считается) нормальным, невзирая на их нелегальный статус.

Злоупотребление наркотиками: Злоупотреблением считается постоянный прием наркотиков для немедицинских целей (для кайфа, «улета» и проч.). Прием морфия может считаться нормальным для избавления от боли, но станет восприниматься как злоупотребление наркотиком, если принимать его для облегчения депрессии. Некоторые работники этой сферы применяют другой термин — употребление наркотических веществ и медицинских препаратов не по назначению. В данном случае вещество употребляется в медицинских или терапевтических целях, но неверно: к примеру, если врач прописывает пенициллин при вирусной инфекции (обычной простуде), или когда люди принимают витамин Е для улучшения сексуальной способности.

Компульсивное злоупотребление (употребление не по назначению): компульсивным злоупотреблением считается поведение, при котором человек чувствует, что наркотик необходим ему для поддержания хорошего самочувствия. Примером могут служить заядлые курильщики, переживающие «никотиновые припадки», если какое-то время остаются без курева, и люди, не способные прожить дня без Либриума и т.п. Иногда в этих случаях используется термин привыкание.

Аддикция: так в рамках определенной культуры называется поведенческий паттерн злоупотребления, который характеризуется чрезмерной вовлеченностью в добывание и употребление наркотика. Наркотик пронизывает всю жизнь человека. Такой тип поведения отличается от компульсивного злоупотребления лишь количественно. К примеру, заядлый курильщик может попасть в эту категорию, если сигареты внезапно запретят, а цены на них взлетят до 50\$ за пачку. В Германии после Второй Мировой войны аддиктивные курильщики продавали за сигареты талоны на еду или занимались проституцией.

Фармакологи стараются избегать слова «аддикция» из-за того, что оно противоречиво и наполнено скрытым смыслом, не имеющим ровно никакого отношения к фармакологии. В результате экспертная комиссия по медицинским препаратам Всемирной Организации Здравоохранения выработала термин наркотическая зависимость (drug dependence): состояние психологической и/или физической зависимости (см.определение ниже), вызванное хроническим употреблением вещества. Природа подобной зависимости будет различной в зависимости от того, о каком веществе идет речь, так что комитет ВОЗ описал некоторые особые типы наркотической зависимости:

1. опиатный тип;
2. алкогольно-барбитуратный (депрессантный) тип;
3. амфетаминовый (стимуляторный) тип;
4. галлюциногенный (ЛСД и проч.) тип;
5. каннабиоловый (марихуанный) тип.

У такой системы есть, по меньшей мере, три преимущества: 1) она гибка, то есть, по мере обнаружения новых категорий наркотиков, вызывающих злоупотребление, они могут быть добавлены к списку; 2) кроме того, она признает, что зависимость от одного типа наркотических веществ, к примеру, от алкоголя, может сильно отличаться от зависимости другого типа, скажем, от марихуаны. В случае алкоголя возможны психологическая и физиологическая зависимость. От марихуаны возможна лишь психологическая зависимость — по крайней мере, по тем данным, которые имеются в настоящее время; и 3) употребление термина «зависимость от наркотических веществ» перемещает акцент с человека на наркотическое вещество как таковое. Слово аддикция описывает человеческое (чрезмерное) поведение; термин наркотическая зависимость описывает свойства или характеристики наркотических веществ.

Толерантность

В придачу к физической и/или психологической зависимости, наркотическая зависимость часто сопровождается феноменом толерантности. Определенная доза препарата при повторном приеме (если разрыв по времени между приемами не слишком велик) производит меньший эффект. Можно посмотреть на это по-другому: все большая и большая доза нужна для того эффекта, который изначально был достижим с помощью меньшей дозы. Не все наркотики вызывают толерантность, и никакое наркотическое вещество не будет вызывать толерантности ко всем своим эффектам (см. ниже).

Физическая зависимость

Это измененное физиологическое состояние, наступившее после неоднократного приема наркотического вещества. Измененное состояние влечет за собой необходимость продолжения приема вещества для предотвращения стереотипного синдрома (абстинентного синдрома). Лишь некоторые вещества обладают подобным свойством. Этот синдром характеризуется гиперчувствительностью к «эффекту отдачи». Абстиненция производит действие, противоположное эффекту наркотика.

Психологическая зависимость

Это состояние, иногда называемое психической тягой, может провоцироваться у некоторых людей употреблением некоторых наркотических препаратов. Состояние характеризуется эмоциональным влечением к продолжению приема наркотика, который человек воспринимает в виде необходимого элемента поддержания хорошего самочувствия. Употребление наркотического вещества становится навязчивым (компульсивное злоупотребление).

Группы наркотических веществ

Важно понимать, какая группа веществ воздействует на настроение, поведение и восприятие человека. Комитет ВОЗ выделяет шесть категорий препаратов, способных вызывать зависимость. Важно отметить, что различные группы людей — фармакологи, врачи, юристы, наркодельцы, наркоманы — будут иметь собственные особые схемы классификации наркотиков.

1. Наркотические анальгетики: снимают боль (или тревогу по поводу боли). У некоторых людей, особенно тех, у кого развилась зависимость от этого типа препаратов, некоторые сильные представители этого класса вызывают эйфорию. Примеры: морфин, героин, меперидин (Демерол), метадон, кодеин и т.д.
2. Депрессанты ЦНС: эти препараты подавляют широкий спектр клеточных функций в ЦНС и во многих других системах органов. Они смягчают тревогу и ослабляют напряженность. Примеры: большинство анестетиков, алкоголь, барбитураты, мепробамат, диазепам (Валиум), и т.д.
3. Стимуляторы ЦНС: эти препараты стимулируют ЦНС и другие системы органов. Многие из них также вызывают эйфорию. Примеры: амфетамины, кокаин, кофеин, никотин и проч.
4. Психоделики: эти препараты вызывают галлюцинации, изменения сенсорного восприятия, настроения и суждений. Примеры: ЛСД, мескалин, псилоцибин и т. д. Многие препараты из трех вышеперечисленных групп также способны вызывать галлюцинации, но не обязательно обладают другими эффектами. (Примеры: антихолинергические средства, амфетамины, антагонисты наркотических анальгетиков и т.д.)
5. Каннабинолы (марихуана): эти вещества очень трудно поддаются классификации. Некоторые помещают их во вторую группу, некоторые — в четвертую. Они во многих отношениях уникальны.
6. Антипсихотические средства и антидепрессанты: эти препараты используются для лечения аффективных расстройств. Действие этих препаратов неприятно для большинства людей, и ими редко злоупотребляют. Примеры: хлорпромазин, амитриптилин и т.д. Эта группа не считается вызывающей зависимость, хотя некоторые врачи отмечают наличие физической зависимости от отдельных препаратов (см. группу 2).

Наркотическая зависимость и группы наркотических веществ

Толерантность

Толерантность может развиваться к некоторым эффектам каждой из шести вышеперечисленных групп. Под некоторым вопросом находится толерантность к эйфорическому эффекту марихуаны. Недавние исследования показали, что в этом случае имеет место обратная толерантность — все меньшая и меньшая доза требуется для того, чтобы развился полный эффект наркотика.

Устойчивость развивается не ко всем воздействиям препарата, а к только к анальгезирующему и эйфоризирующему. Ни к действию наркотика на зрачки глаз (булавочные зрачки), ни на желудочно-кишечный тракт толерантность не распространяется. У героинового наркомана, к примеру, запор возникает всякий раз при приеме наркотика.

Толерантность к эйфорическим, анальгетическим и летальным воздействиям наркотика выражена особенно отчетливо. Средний человек, возможно, умрет, получив 100 мг морфина (обычная терапевтическая доза — 10 мг). Некоторые хронические морфинисты, как известно, принимали по 4000 мг — и ничего. Однако, всегда находится такая доза, которая убьет даже самого толерантного индивида.

Меньшая толерантность развивается к летальным эффектам депрессантов. Алкоголик может вынести вдвое большую концентрацию алкоголя в крови, чем неалкоголик. Это верно и для других депрессантов, таких, как барбитураты. Толерантный к депрессанту человек не будет обладать такой же толерантностью к опиатам (если только он не является также и хроническим наркоманом). Однако, он будет в некоторой степени устойчивым к другим общим депрессантам — таким, как барбитураты, диазепам и т.д. Аналогично, героиновый наркоман будет толерантен ко всем другим наркотикам опиатной группы, но не к алкоголю и другим депрессантам, амфетаминам или веществам из других групп.

Физическая зависимость

Существует по крайней мере два типа физической зависимости, хотя в последние несколько лет появились свидетельства физической зависимости от амфетаминов и других стимуляторов ЦНС, хлорпромазина, имипрамина и некоторых других веществ (см. ниже). Два четко определенных типа таковы: 1) наркотики анальгетического (или морфинового) типа и 2) тип депрессантов ЦНС (или барбитуратов).

Резкое прекращение приема наркотиков физически зависимым человеком вызывает абстинентный синдром, описанный во многих текстах (Ray, 1972). В случае с героином пик эффекта приходится на второй или третий день после прекращения приема. Для других наркотиков временной отрезок будет иным. Синдром, каким бы страшным он ни казался, не считается угрозой для жизни, и может быть мгновенно остановлен приемом любого другого опиата. Однако, его нельзя устранить веществами, принадлежащими к другой группе — такими, как амфетамины или барбитураты. Это хорошо иллюстрирует перекрестную зависимость — способность одного наркотика подавлять проявления физической зависимости к другому и заменять его для поддержания состояния физической зависимости.

Депрессанты ЦНС вызывают род физической зависимости, который более опасен (для злоупотребляющего и для общества), чем зависимость от опиатов. К примеру, некоторые исследования показали, что от 20 до 40 процентов мужчин, поступивших в государственные психиатрические больницы — алкоголики. Злоупотребляющих барбитуратами больше, чем злоупотребляющих опиатами; больше половины автокатастроф с летальным исходом случаются по вине пьяного водителя (Ray, 1972).

Зависимость от этих депрессантов так и не была осознана публикой, по крайней мере, в США, пока в конце 40-х и в 50-е годы группа исследователей из Общественного Центра Здоровья в Лексингтоне, штат Кентукки, не провела убедительный эксперимент. Добровольцам из этой больницы давали столько алкоголя, сколько они пожелают (в среднем около 4/5 кварты (около 0,75 л) 100 % алкоголя ежедневно) на протяжении тринадцати недель. Субъекты стали весьма устойчивыми к воздействию вещества. Затем выдачу им алкоголя резко прекратили. В течение последующих восьми часов они стали нервными, слабыми и напуганными. Почти у всех наблюдался тремор, потливость, рвота, диарея и анорексия (потеря аппетита). У двух третей развился делирий с галлюцинациями. У одной трети случились эпилептические припадки. Данные симптомы могут быть описаны как угрожающие жизни.

Сходные симптомы наблюдаются при резком прекращении приема барбитуратов или других депрессантов ЦНС зависимыми людьми. Симптомы отрыва, вызванные алкогольной абстиненцией, могут быть устранены барбитуратами или другими депрессантами ЦНС (перекрестная зависимость), но не веществами из других групп.

Психологическая зависимость

Некоторые, но далеко не все вещества, воздействующие на ЦНС и, вследствие этого, влияющие на настроение, поведение и восприятие, будут вызывать психологическую зависимость (психическую тягу). Однако, препаратами, воздействующими на ЦНС, но не вызывающими такой тяги, не будут злоупотреблять, даже если они вызывают физическую зависимость. Другими словами, можно быть физически зависимым от наркотика без психологической зависимости. Некоторые антагонисты наркотиков, такие, как налорфин, обладают этим свойством. Хлорпромазин и имипрамин также могут вызывать физическую зависимость, но эти препараты почти никогда не вызывают психической тяги, и ими никогда не злоупотребляют. Понятно, что скорее будут способствовать злоупотреблению и станут доминировать в жизни человека те вещества, которые вызывают как физическую, так и психологическую зависимость — алкоголь, барбитураты, опиаты, амфетамины, никотин и т.д. Для некоторых наркотических веществ психологическая зависимость оказывается единственным фактором, способствующим злоупотреблению; марихуана и ЛСД тому примером. Эти наркотики не вызывают физической зависимости (насколько в этом можно быть уверенными).

Зависимость, толерантность, злоупотребление и аддикция

Большинство фармакологов согласятся с тем, что корень проблемы зависимости от наркотиков находится в человеке, а не в веществе. Причины того, почему люди «подсаживаются» на наркотики — в первую очередь психологические и социологические (Ray, 1972), а не фармакологические. Лишь весьма немногие «падают» случайно. Что-то такое в личности, похожее, предрасполагает определенных субъектов к злоупотреблению наркотиками. Тысячи людей хронически получали наркотические вещества (такие, как морфин) в больницах и других подобных учреждениях и, даже будучи физически зависимыми, не выказывали никакого интереса к продолжению приема наркотиков после выписки из больницы. Однако, для того, чтобы началось злоупотребление веществом, оно должно оказывать некое желанное воздействие. Кроме того, скорее будут предметом злоупотребления наркотики, вызывающие толерантность и физическую зависимость.

Чтобы выяснить, нуждается ли человек в лечении и, если нуждается, то в каком, существенно важным становится вопрос о правильной оценке степени его увлеченности препаратом. Принимает ли он наркотики для развлечения или злоупотребляет ими, развилась ли зависимость или аддикция?

Многие люди проходили в своей жизни период экспериментов с алкоголем и наркотиками, когда они слишком увлекались, чрезмерно употребляли или злоупотребляли химикатами. Вовсе не все эти люди стали зависимыми, и не всякая зависимость приводит к аддикции. Употребление наркотиков и алкоголя часто следует предсказуемому и идентифицируемому паттерну, в соответствии с которым употребляющих можно разделить на четыре общих категории.

Люди, которые экспериментируют с приемом алкоголя и наркотиков и рано научаются контролировать и регулировать их употребление. Они, даже переживая периоды сильного злоупотребления, на самом деле никогда не развивают аддикции.

Те, кто в более поздний период жизни понял, что не может регулировать или контролировать себя в этом отношении, и прекратил употребление — сам, с помощью профессионала либо двенадцатишаговой программы. Такие индивиды называются алкоголиками или аддиктами с близким дном (low-bottom).

Те люди, которые гораздо позже поняли, что нужно остановиться, но не могут этого сделать, а если и могут, то не в состоянии оставаться трезвыми и «чистыми», и подвержены постоянным срывам. Они страдают от постоянных неудач, и часто необходимо наличие неких внешних обстоятельств, таких, как цирроз печени или интервенция, чтобы они смогли окончательно остановиться. Такие люди называются алкоголиками или аддиктами с глубоким дном (high-bottom).

Есть и личности, никогда не достигающие сколько-нибудь длительной трезвости или чистоты. Они часто умирают или кончают жизнь в заключении из-за своих наркотических и алкогольных пристрастий.

Многие индивиды из последней категории имеют второй диагноз соответствующего первичного психического расстройства (т.е. шизофрении, биполярного расстройства и т.д.), которое нарушает их способность сохранять трезвость сколько-нибудь длительное время. Тяжелые расстройства характера — пример других состояний, часто мешающих выздоровлению. В последние несколько лет собрано большое количество свидетельств того, что среди женщин-наркоманок и алкоголичек угрожающе часты случаи нелеченного сексуального насилия. Предварительное исследование, проведенное Кэтлин Боллеруд (Kathleen Bollerud, 1995), обнаружило, что:

75% женщин, проходящих лечение, пережили сексуальное насилие;

50% диссоциативных расстройств предваряются химической зависимостью;

35% женщин, госпитализированных в связи с аддикцией, имеют диссоциативную симптоматику.

Боллеруд признает, что эти открытия относятся лишь к женщинам, но существуют свидетельства (хотя и не точные цифры) того, что нелеченные сексуальные злоупотребления являются таким же важным фактором и для мужчин-аддиктов. Она пишет: «Неудачи в лечении химически зависимых пациентов и пациентов, переживших сексуальное насилие, вполне могут быть следствием не излеченного вторичного расстройства. Влияние активной химической зависимости или злоупотребления каким-либо веществом — критическая переменная как для прогноза лечения, так и для процента выздоровления претерпевших сексуальное насилие пациентов. Неизлеченное сексуальное насилие — наиболее вероятная причина неудач в лечении и срывов злоупотребляющих веществами пациентов».

В то время как Боллеруд признает, что точный диагноз довольно трудно поставить как в случаях аддикций, так и в случаях посттравматических расстройств, она предупреждает о возможности недооценить влияние химических веществ на эмоциональное и/или когнитивное функционирование пациентов, переживших травму. Поэтому она рекомендует настойчивое лечение аддиктивного расстройства и двенадцатишаговую интервенцию, направленную на абстиненцию. Она заключает, что травмированные пациенты — даже страдающие расстройством множественной личности — способные использовать АА, демонстрируют лучшие показатели выздоровления. Минкофф (Minkoff, 1995), работая с пациентами, имеющими и психическое заболевание, и зависимость, рекомендует рассматривать эти расстройства как два первичных и независимых, однако, взаимодействующих заболевания. Он проводит параллели между моделью аддикции как болезни и моделью психической болезни. Он предполагает, что «шаги» двенадцатишаговой программы могут быть применимы как к зависимости, так и к психическому заболеванию. Рассматривая четыре вышеописанные категории, легко прийти к выводу, что лишь те индивиды, которые попадают в первую, могут стать кандидатами для альтернативных способов лечения зависимости, отличных от подходов, базирующихся на абстиненции. Подобная рекомендация дифференциации лечения предполагает, что ложнопозитивный диагноз (индивиды с диагнозом аддикции, в действительности попадающие в первую категорию) не будет оказывать сколько-нибудь глубокого воздействия на человека. Как сказал однажды лечащий врач одного из стационаров своим подчиненным: «Вы прекрасно знаете, что алкоголь — не пища, необходимая для выживания. Так к чему все эти нюни на тему «может ли этот человек пить, или все-таки нет?»» Напротив, ложнонегативные диагнозы (те, кто ошибочно диагностирован как не-аддикт) будут увеличивать вероятность того, что человеку придется пережить все неизбежные последствия, описанные в категориях 3 и 4. Гораздо благоразумнее переборщить в диагностике подобных состояний, чем недо-диагностировать их.

Джелормино (Gelormino, 1995) в ответ на программу Управления Умеренностью Марлатта (Marlatt's Moderation Management) выразил весьма сходные соображения, сомневаясь в гипотезе снижения вреда при лечении зависимостей: «Вторая проблема, которую я вижу в модели снижения вреда, заключается в том, что любая концепция (например, контролируемого питья), позволяющая существовать представлению о регулярном уменьшении употребления/злоупотребления, не учитывает работы аддиктивного разума. В нем царит самообман. «Я приму сегодня X, а завтра X минус 1», — всё это прекрасно, но алкоголизм и наркомания — вовсе не те расстройства, которые обеспечивают человеку все большую и большую ясность сознания. Напротив, для большинства наркоманов и алкоголиков после первой кружки пива «всё сойдет». Принимая во внимание природу этого зверя, разрешать аддикту сокращать злоупотребление с течением времени — ошибка. Это объясняет тот факт, что, несмотря на то, что формально программа УУ допускает постепенное сокращение дозы, ведущее к абстиненции, этот подход был почти полностью отвергнут. Это — не медленное самоубийство. Оно часто происходит быстро и без предупреждения: передозировка, ссора с применением смертельного оружия, фатальная автокатастрофа. У наркомана/алкоголика нет времени в запасе. Игла, которой вы его обеспечиваете, может быть той самой, с помощью которой он всадит себе смертельную дозу. Реальность такова, что для серьезного аддикта единственным безопасным сокращением дозы может быть лишь одно: ПОЛНОЕ ИСКЛЮЧЕНИЕ. Разумеется, зачастую бывает нужно предпринять несколько попыток лечения, прежде чем произойдет долговременное изменение, но нам не нужно продвигать компромисс как таковой. Кому что нравится, как говорится... »(стр.9)

Еще одна важная и часто пренебрегаемая переменная в диагнозе и выработке рекомендаций для лечения — это то действие, которое наркотики и алкоголь оказывают на мозг. Оно влечет за собой важные следствия по целому ряду причин. Если сформулировать это самым простым способом, то все формы психотерапии (индивидуальная, групповая, семейная, когнитивная, психодинамическая и т.д.) зиждутся на предположении, что люди будут достаточно разумны для того, чтобы принимать решения, опираясь на точное видение и понимание себя и своей ситуации. С аддиктивными пациентами, активно принимающими наркотики или алкоголь, или находящимися на ранних стадиях выздоровления, вести традиционные формы психотерапии невозможно. В то время как большинство терапевтов согласятся с подобной позицией, некоторые из них не способны понять значительность когнитивного снижения алкоголиков или наркоманов в течение трех, шести или даже девяти месяцев выздоровления, поскольку эти симптомы зачастую очень тонки и специфичны. Из-за того, что большинство алкоголиков и наркоманов не демонстрирует серьезных проблем в вербальном самовыражении, они зачастую «звучат лучше» того, что на самом деле собой представляют. Для того, чтобы ведущий смог осознать тонкие различия в человеке после двух, шести или двенадцати месяцев трезвости, он должен иметь некоторое представление о когнитивной недостаточности, чтобы у него была возможность адаптировать свое лечение в группе к потребностям и возможностям своих пациентов. Понимание этих когнитивных дефицитов поможет ведущему осознать, почему техники конфронтации (т.е., принуждение, рычаг, интервенция и проч.), описанные в девятой главе, столь необходимы для аддиктивных пациентов на ранних стадиях лечения.

Хейман, описывая ситуацию с точки зрения невропатолога, подчеркивает, как важно помнить, что зависимость — это болезнь мозга. «В сердцевине модели болезни зависимости, опирающейся на современную невропатологию, находится тот факт, что уязвимого человека даже адекватное употребление наркотика приводит к долговременным изменениям функционирования мозга» (Неугпап, Адаптация функционирования мозга, происходящая в результате чрезмерного употребления химических препаратов, вызывают соматическую и психологическую зависимость, которая, в свою очередь, способствует долгосрочным изменениям в работе мозга, лежащим в основе тяги как ответа на условный сигнал. Существенным компонентом подобной адаптации и изменения функционирования мозга является «рекрутирование мотивационных систем мозга» наркотиком, в результате чего возникает отрицание или потеря способности осознать то, что это произошло. Хейман предупреждает персонал лечебных учреждений о том, что нельзя путать подобное отрицание с ложью, и что «отрицание» не означает, что алкоголик или наркоман не говорит правды. Скорее, это результат того, что мотивационные системы мозга подпадают под контроль мозговых механизмов подкрепления. Приспособления мозга, результат повторяющегося употребления наркотиков, гипотетически приобретают центральную роль в формировании аддиктивного поведения и поведенческих приоритетов. Это имеет глубокие последствия для лечения. Большая часть поведенческих проявлений аддиктов и алкоголиков не является результатом их добровольного контроля или выбора. Те интервенции, в которых учитывается отсутствие мотивации и большая степень отрицания со стороны аддикта, скорее окажутся эффективными, нежели подходы, предполагающие наличие у него эмоциональной и умственной способности выбирать и вести себя так, как ведет себя человек, контролирующий функционирование своего мозга.

Нейропсихологические нарушения

За последние десять лет собрано огромное количество свидетельств неврологического функционирования и нейропсихологического дефицита, связанного с алкоголизмом. Последние исследования и обзоры литературы (Wells, 1982; Parsons и Farr, 1981; Grant, Reed и Adams, 1980; Wilkinson и Carlen, 1981; Ryan и Butters, 1980) обнаружили, что паттерн нарушений, сопутствующих хроническому злоупотреблению алкоголем, идентифицируем и даже предсказуем. Что важнее всего — паттерн неполноценности, проявляющийся в кортикальной недостаточности и когнитивной дефицитарности, имеет важные следствия для лечения.

К сожалению, значимые вклады, которые неврология и нейропсихология могут внести в лечение алкоголизма, зачастую не замечаются и не используются. Даже когда полезная информация о лечении поступает, она или остается строго академической и недоступной для клинического применения, или же затемнена пустой, невнятной терминологией, типа понятия «органиситет» (organicity). Неврологические последствия должны быть проговорены и обозначены так, чтобы идентификация подобного дефицита имела практический результат для клинического применения. Важно определить, как определенные паттерны неврологического нарушения могут воздействовать на мотивацию, абстиненцию и выздоровление пациентов-алкоголиков. Отзываются ли по-разному на лечение алкоголики, демонстрирующие плохие результаты нейропсихологических тестов, и те, у кого наблюдаются морфологические отклонения, выявляемые нейрорадиологическими исследованиями? Словом, существует ли взаимосвязь между неврологическим ущербом и результатом лечения? И наконец, какие специальные стратегии должны быть применены и адаптированы в случае идентификации некоего паттерна неврологического нарушения?

На эти вопросы не было найдено однозначного ответа, а повторные исследования этой проблемы не проводятся (за отдельными исключениями — Wells, 1982, Parsons и Fagg, 1981). Одна из целей этой главы — познакомить с доступными нам данными и построить гипотезы их применения в лечении. Надеемся, что эта попытка поможет преодолеть разрыв между чистыми научными исследованиями и клинической практикой. В этой главе мы подробнее остановимся на синдроме Вернике-Корсакова, алкогольной энцефалопатии и алкогольной деменции. Каждое из этих состояний будет вкратце рассмотрено в их отношении ко всему континууму и к теориям алкоголизма как преждевременного старения. Каков паттерн повреждения при каждом из этих состояний, и как эти паттерны могут влиять на лечение и выздоровление? С учетом сведений, представленных здесь, можно предположить, что сильно структурированная программа выздоровления, подобная АА, большей частью своего успеха обязана самой структуре и директивным стратегиям, неотъемлемым от ее интуитивного дизайна парадигмы выздоровления.

Талант (Gallant, 1983) подчеркивает то, насколько важно провести оценку когнитивного функционирования при планировании стратегий лечения алкоголиков и наркоманов. Он пишет: «Важно оценить нейропсихологическое состояние каждого алкоголика прежде, чем появится какой бы то ни было план лечения. Даже легкое ухудшение способности к суждению или когнитивных возможностей может серьезно помешать как процессу психотерапии, так и применению таких медикаментов, как Антабус, особенно если это ухудшение не очевидно для терапевта или для пациента. Попытка выявить корреляцию между ухудшением результатов простых нейропсихологических тестов и наличием атрофии мозга может дать информацию о будущем курсе лечения или о прогнозе вреда, наносимого алкоголем. Подобные усилия могут также показать, что недорогие и общедоступные нейропсихологические средства оценки могут быть столь же полезными для оценки и формулировки плана лечения пациентов-алкоголиков, как дорогостоящая компьютерная томография (КТ)» (Gallant, 1983, стр.448). Большинство алкоголиков и наркоманов, госпитализированных в остром состоянии, стабилизируются после двух-семи дней детоксикации. Опытный и компетентный доктор должен уметь безопасно провести период вытрезвления и точно определить, когда возможность ломок или белой горячки, угрожающей жизни, снизится настолько, чтобы пациент смог безопасно участвовать в групповой терапии и в остальной программе лечения. Многие пациенты не испытывают тяжелых симптомов при прекращении приема и оказываются способными гораздо быстрее почувствовать выгоды групповой терапии. Таблица 8.1 перечисляет возможные неврологические осложнения при хроническом употреблении алкоголя.

Алкоголь и наркотики обычно вызывают дисфункцию центральной нервной системы. Исследования до последнего времени практически игнорировали то тонкое воздействие, которое оказывает химия на мозг, за исключением острых последствий белой горячки или долгосрочных хронических явлений типа синдрома Корсакова. Уэллс (Wells, 1982) резюмирует ситуацию следующим образом: «...психиатры, интересующиеся органическими расстройствами мозга, сконцентрировали большую часть своего внимания или на последствиях прекращения приема [алкоголя] (белая горячка), или на дефиците тиамина, столь часто сопровождающем его употребление и вызывающем синдром Вернике-Корсакова. Лишь недавно долгосрочные последствия хронического злоупотребления этанолом как таковым для функционирования центральной нервной системы и ее структуры начали привлекать к себе больше внимания.

В то время как ухудшение функционирования мозга алкоголиков признавалось всегда, обычно его приписывали плохому питанию, печеночной недостаточности, травмам головы — по сути, всему, чему угодно, но только не самому действию алкоголя. И хотя еще сохраняются некоторые сомнения относительно того, может ли функциональное и структурное церебральное повреждение быть вызвано злоупотреблением алкоголем как таковым, нет никаких сомнений в том, что это ухудшение демонстрируют многие хронические алкоголики, у которых плохое питание, печеночная недостаточность и травмы головы (в качестве возможных причин) могут быть на приемлемых основаниях исключены», (стр.111)

Таблица 8.1. Неврологические заболевания, связанные с алкоголем

1. Острая интоксикация
2. Синдром отмены (время появления после прекращения алкоголизации)
 - Тремор (7-24 часа),
 - Галлюцинации — зрительные или слуховые (12-48 часов),
 - Белая горячка (36-96 часов),
 - Абстинентные припадки (7-48 часов)

3. Алиментарные болезни нервной системы
 - Полинейропатия,
 - Синдром Вернике-Корсакова,
 - Амблиопия
4. Возможные алиментарные или токсические воздействия алкоголя или его метаболитов
 - Алкогольная миопатия,
 - Мозжечковая дегенерация
5. Последствия цирроза — гепатоцеребральная дегенерация

Никогда не было сомнений в том, что нейропсихологическое тестирование выявит отклонения от нормы у тех алкоголиков или наркоманов, которые находятся в остром состоянии из-за прекращения приема или страдают от синдрома Корсакова. Однако, применение нейропсихологических процедур оценки к индивидам без подобных симптомов дало достоверные результаты, часто согласующиеся с компьютерной томографией черепа (сканирование CAT). Уэллс суммирует эти находки следующим образом: «Результаты подобных исследований были на удивление последовательными. Тест на общий интеллектуальный уровень часто не выявляет заметных различий между группами хронических алкоголиков и контрольными группами, но тест, составленный для оценки более дискретных нейропсихологических функций, часто показывает отклонения у алкоголиков. Многие алкоголики проявляют дефекты краткосрочной памяти, трудности выполнения сложных заданий на запоминание, визуально-моторную координацию, выполнение визуально-пространственных задач, абстрактное мышление и психомоторную сноровку. Часто наблюдается относительная скудость вербальных навыков. Долгосрочная память обычно сохранна» (1982, стр.111-112).

Большей частью результаты этих нейропсихологических исследований были получены из данных Шкалы интеллекта Векслера для взрослых (WAIS) и Нейропсихологической батареи Халстеда- Рейтана (HRB). Таблицы 8.2, 8.3 и 8.4 показывают различия баллов по HRB для алкоголиков, контрольной группы психиатрических пациентов и пациентов с повреждениями мозга. Как видно из этих баллов, алкоголики в целом показывают худший результат, чем контрольные пациенты, и лучший, чем пациенты с мозговыми повреждениями. Для алкоголиков наибольшую трудность представляют задания, связанные с абстрактным мышлением, краткосрочной памятью и моторной скоростью (т.е., «сходства» и «последовательные картинки В»). Таблица 8.5 отражает результаты большого числа исследований, демонстрирующих постоянные трудности в этих областях как у алкоголиков, так и у наркоманов. Таблица 8.6 показывает проценты, полученные в ряде исследований, проведенных с помощью HRB, выявляющие достоверность этих открытий. Таблица 8.7 дает сходный перечень результатов работ, использующих WAIS для демонстрации явной несоразмерности между баллами исполнительского IQ (новое обучение) и вербального IQ (давнишнее обучение).

Таблицы (с 8.2 по 8.7) отражают результаты исследований, проведенных среди алкоголиков или аддиктов, не страдающих синдромом Вернике-Корсакова. Это важно помнить: алкоголики или наркоманы вовсе не обязательно должны быть серьезно и очевидно неполноценными, как пациент с синдромом Корсакова, чтобы можно было оценить их когнитивные дефекты. Это предполагает также, что многие, если не все, алкоголики или наркоманы страдают от малозаметного дефицита когнитивного функционирования, который может снижать их способность обрабатывать, удерживать, понимать и воскрешать в памяти жизненно важную информацию, необходимую для выздоровления. Ведущие теоретики в области когнитивной недостаточности алкоголиков предполагают, что употребление алкоголя может вызывать преждевременное старение мозга (Sermak и Pech, 1982), или что синдром Корсакова может быть лишь частью континуума вызванных алкоголем процессов (Ryan и Butters, 1980). В связи с этим важно осознавать степень неполноценности подобных пациентов, поскольку это будет помогать ведущему понять, с каким типом дефицита, обычно наблюдаемого и у менее нарушенных алкоголиков, он имеет дело.

Таблица 8.2

Средние показатели для алкоголиков (А), психиатрических пациентов (П) и пациентов с мозговыми повреждениями (МП) в тестах нейропсихологической батареи Халстеда-Рейтана

	А	П	МП МНН
Следы, часть А	61.3	39.0	65.0
Следы, часть Б	150.0	80.1	183.1
Ошибки афазии	4.7	2.2	6.5
Пространственные отношения	2.7	2.0	3.4
Ошибки восприятия	8.2	2.8	10.2
Тест «ритм морского берега»	6.5	3.6	7.8
Тест восприятия речи	9.4	6.1	12.3
Индекс нарушений Халстеда	0.69	0.31	0.83
Средний индекс нарушений	2.18	1.06	2.47

Источник: Парсонс и Фарр (1981)

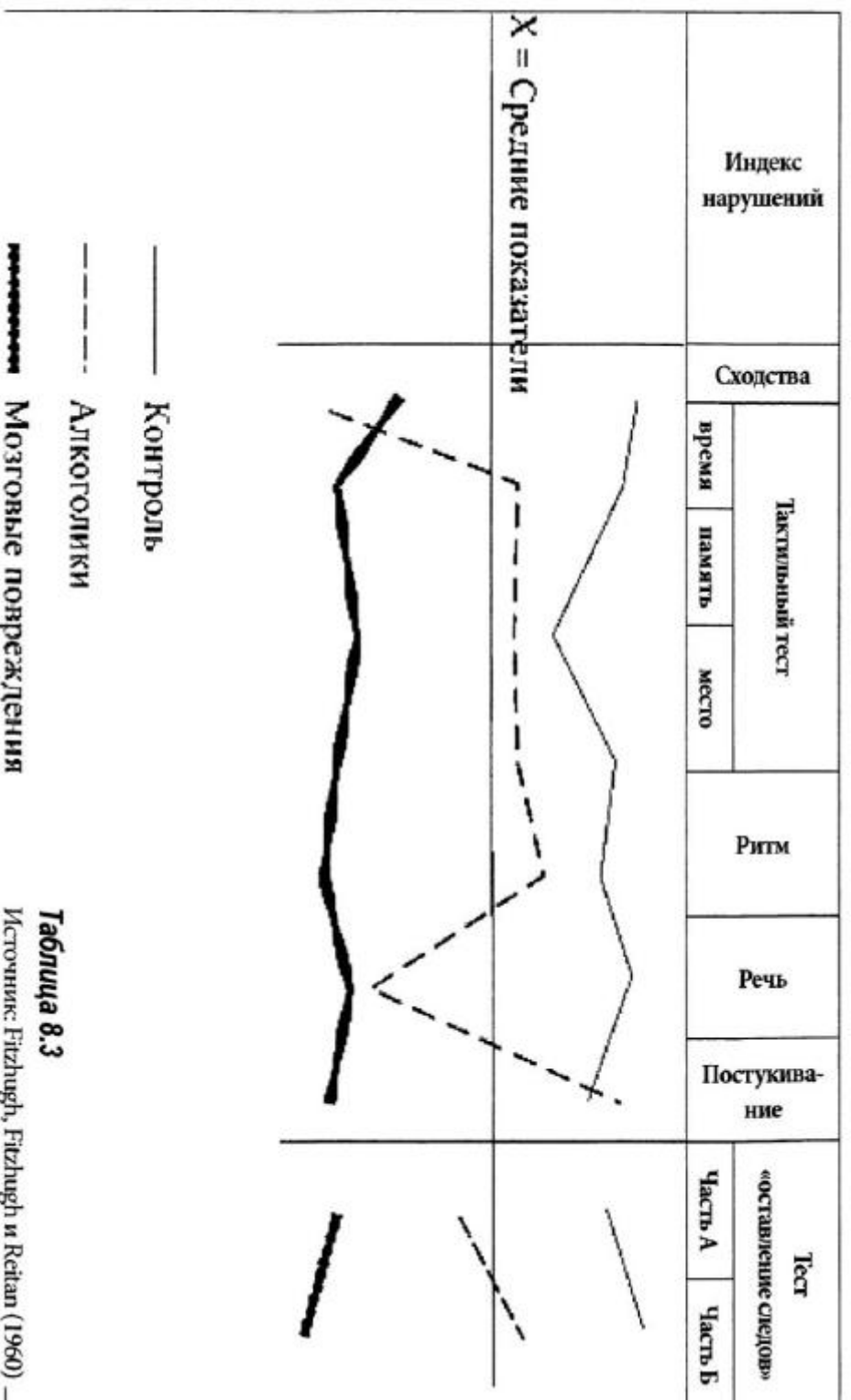


Таблица 8.3
 Источник: Fitzhugh, Fitzhugh и Retlan (1960)

Таблица 8.4

Средние баллы для алкоголиков (А), психиатрических пациентов (П) и пациентов с мозговыми нарушениями (МН) в субтестах нейропсихологической батареи Халстеда-Рейтана. Источник: Parsons и Farr (1981)

	А	П	МН
Тест «категории»	90.0	51.5	93.7
Тактильный тест			
Правая рука	8.96	5.95	9.14
Левая рука	7.64	5.25	8.68
Обе руки	6.33	3.00	7.33
Общее время	22.9	14.2	24.3
Память	6.75	8.14	4.93
Локализация	2.44	4.18	1.70
Колебания пальца			
Правая рука	38.1	50.0	37.8
Левая рука	36.7	46.2	32.6

Таблица 8.5.

Паттерн повреждений в субтестах HRB по точкам среза Халстеда

	Алкоголь		Другие наркотики		Другие наркотики, кроме марихуаны	
	имеющих повреждения в общем числе	%	имеющих повреждения в общем числе	%	имеющих повреждения в общем числе	%
Категории	10-13	77	7-17	41	7-13	54
ТРТ-время	9-13	69	4-12	17	2-7	29
ТРТ-Память	0-13	0	0-12	0	0-7	0
ТРТ-локализация	9-13	69	2-13	15	2-8	25
Ритм	2-10	20	4-13	31	4-10	40
Восприятие речи	5-9	56	1-9	11	1-7	14
Постукивание пальцами	6-10	60	5-12	42	5-9	56
Следы Б	5-8	63	4-13	31	4-9	44

Источник: Parsons и Farr (1981)

Таблица 8.6

Паттерны нарушений по HRB для алкоголиков. Источник: Parsons и Fagg (1981)

	Число испытуемых	Нарушения	%
Категории	15	13	87
ТРТ-время	15	12	80
ТРТ-память	15	3	20
ТРТ-локализация	13	8	62
Ритм	12	3	25
восприятие речи	10	5	50
Постукивание пальцами	12	3	25
Следы В	11	8	73

Таблица 8.7

Паттерны нарушений по шкале Векслера HRB для алкоголиков. Источник: Parsons и Fagg (1981)

Шкала теста Векслера	Число испытуемых	Нарушение	%
Осведомленность	7	2	29
Понятливость	8	2	25
Арифметика	7	3	43
Сходства	8	1	25
Запоминание цифр	8	1	25
Словарный запас	7	1	14
Шифровка	8	6	75
Завершение рисунка	8	4	50
Конструирование из кубиков	8	8	100
Последовательные картинки	7	5	71
Складывание объектов	7	6	86

Синдром Вернике-Корсакова

Таблицы 8.8. и 8.9 дают перечень симптомов, входящих в синдром Вернике-Корсакова. Это — болезнь, имеющая две стадии.

Энцефалопатия Вернике является ранней острой стадией, а психоз Корсакова, как правило — более позднее, устойчивое, остаточное состояние. Энцефалопатия Вернике обычно быстро поддается грамотному медицинскому лечению. Прием тиамин на острой стадии отмены является решающим фактором предотвращения структурного изменения долей головного мозга, происходящего при Корсаковском психозе. Синдром Вернике обратим, поскольку его симптомы (т.е., дефекты зрения, спутанность, галлюцинации, дезориентация и т.д.) появляются благодаря биохимическим искажениям, которые не достигают степени значительных структурных повреждений мозга. Синдром Корсакова, с другой стороны, — это необратимое состояние из-за постоянных физических изменений структуры мозга, обычно затрагивающих фронтально-лимбико-диэнцефальную систему. Синдром Вернике обычно связан с дефицитом тиамин, и именно поэтому его симптомы обычно облегчаются инъекциями витамина В1.

Таблица 8.8. Синдром Корсакова: четыре симптома

1. Проблемы с памятью
 - краткосрочная против долгосрочной памяти
 - ретроградная против антеградной амнезии
2. Интактные функции IQ
 - вербальные против исполнительных
 - скудность абстрагирования

3. Конфабуляции
 - Рассказы о ранних переживаниях вне контекста
4. Личность
 - Пассивность, уступчивость, эмоциональная уплощенность

Таблица 8.9. Амнестический дефект при с-ме Вернике-Корсакова

1. Интактна непосредственная память и память о далеком прошлом — как вербальная, так и невербальная.
2. Краткосрочная память нарушена — когнитивный дефицит, сниженное внимание.
 - Нарушенное использование семантического кодирования при нормальном использовании ассоциативных и акустических ключей;
 - большая чувствительность к проактивной интерференции
 - персеверация, неподходящая стратегия

Ни один из экспериментов, проведенных на животных, до сих пор не показал, что сам по себе дефицит тиамина ведет к необратимым проблемам с памятью, подобным синдрому Корсакова. Несмотря на то, что большинство учебников по неврологии считают авитаминоз первичной и базовой причиной синдрома Вернике-Корсакова, существуют убедительные данные, демонстрирующие то, что продолжительный прием алкоголя без нарушений питания все же приводит к постоянным трудностям в обучении.

Наиболее серьезный и примечательный признак пациента с болезнью Вернике-Корсакова — это поврежденная память. Долгосрочная память пациентов, так же, как и их язык и интеллектуальные функции, обычно остаются сравнительно интактными. Настоящие Корсаковские пациенты страдают неспособностью сохранять и воспроизводить новую информацию (антеградная амнезия), выученную после начала их болезни. Старые знания и долгосрочная память подобных пациентов обычно не затронуты, так что часто эти люди кажутся находящимися более «в себе», чем в действительности. Личность их становится пассивной и податливой. Из-за того, что медиально-дорзальное ядро таламуса, мамиллярные тела лимбической системы и гиппокамп структурно изменены, эти пациенты демонстрируют заметную тенденцию к персеверации (т.е. настойчивому повторению ошибок) и отсутствию мотивации (амотивационный синдром) к изменению. Поскольку лимбическая система искажает их аффективные реакции, их не беспокоит и не огорчает то, что обычно тревожит людей. Вследствие этого, они вполне принимают свое физическое состояние и продолжают старое поведение (т.е., демонстрируют персеверацию), несмотря на продолжающиеся негативные последствия. Их способность к предвидению и планированию крайне скудна, так как у них нарушено абстрактное мышление. А из-за того, что им недостает способности удерживать в памяти новую информацию, а восстановление прежде сохраненного в памяти недостаточно, они довольно часто путают старые сведения с новыми. Это состояние описывается как конфабуляция, и его часто путают с ложью. Поврежденный гиппокамп не позволяет им воспроизводить вновь полученную информацию, и именно это считается причиной все учащающихся провалов в памяти. Нормальный процесс получения и воспроизведения информации постоянно нарушается — до тех пор, пока попытки что-то вспомнить не заканчиваются ранними воспоминаниями вне контекста. Конфабуляции обычно ярче всего проявляются на острых ранних стадиях синдрома Корсакова, когда пациент рьяно пытается скрывать свои трудности от других. Такое состояние осложняется также и личностными характеристиками и свойствами, которые приобретаются в те годы, пока человек пытается скрыть свои проблемы с памятью. Личностные параметры, наряду с утратой мотивации, ошибочно принимаются за причину сложностей с памятью. У пациентов, больных синдромом Корсакова в течение пяти лет и более, конфабуляции можно встретить редко (Butters и Sermak, 1980). Их состояние в конце концов ухудшается до полной апатии.

Таблица 8.8. иллюстрирует четыре наиболее общих симптома Корсаковских пациентов. Таблица 8.10 содержит сведения, полученные в результате посмертного вскрытия алкоголиков и изучения симптомов, характерных для пациентов с повреждениями таких же областей мозга. Они весьма сходны с симптомами, типичными для хронических алкоголиков. Все эти данные рисуют пациента, которого чрезвычайно сложно лечить из-за трудностей в следующих пяти областях:

1. Мотивация (отсутствие понимания и желания начать изменения).
2. Новое обучение (персеверация — повторение прошлых ошибок).
3. Память (неспособность выучивать и сохранять новую информацию).
4. Аффект (неуместное проявление эмоций)
5. Абстрактное мышление (отсутствие проницательности и способности к предварительному планированию).

Если добавить к этому тот факт, что вербальные навыки большинства алкоголиков остаются незатронутыми, и терапевт сталкивается с индивидом, который умеет говорить, демонстрируя «хорошую мину», но который при этом лишен мотивации и способности продумывать альтернативы, также как и придерживаться каких-либо планов. Во время кризисов он или она могут лишь выпадать обратно, в старые способы поведения, и именно поэтому алкоголик продолжает, как говорят АА, «повторять старое поведение, ожидая иных результатов».

Многие из симптомов, наблюдаемых у пациентов с синдромом Корсакова, будут проявляться у алкоголика, хотя и в меньшей степени. Хотя в действительности это лишь гипотеза, предложенная Баттерсом и Чермаком (1980). Разумеется, данные, представленные в таблицах с 8.2 по 8.8, поддерживают их предположение. Существует единодушное недоверие к тому, что алкоголики страдают генерализованной или глобальной интеллектуальной недостаточностью. Однако, у алкоголиков замечена ярко выраженная неспособность заучивать новый материал, что демонстрируют их относительно более низкие результаты в заданиях на исполнение теста Векслера (таблица 8.7)

Таблица 8.10. Свидетельства анатомической локализации

1. Посмертное вскрытие
2. Симптомы, сходные с симптомами пациентов с мозговыми повреждениями в этой области
 - синдром отмены (белая горячка), сходный с состоянием пациентов с острой формой повреждений;
 - неспособность сохранять когнитивный настрой (амотивация);
 - персеверативные пространственные реакции;
 - низкая способность к проницательности и планированию;
 - личность, как правило, податливая и беспечная;
 - проблемы, связанные с полезависимостью

Незатронутость вербальных навыков делает их мастерами сокрытия этих недостатков от самих себя и от окружающих. Недостаточность абстрактного мышления, продемонстрированная их низкими показателями в разделах «категории» и «следы В» (таблица 8.6) дают повод предположить, что они не обладают способностью мыслить абстрактно или творчески, и что они будут проявлять тенденцию к персеверации (постоянному повторению старых ошибок).

Однако, в этом состоянии существует несколько очень важных переменных, которые терапевт и лечащая команда должны учитывать при оценке степени неполноценности алкоголиков. Грант, Рид и Адамс (Grant, Reed, Adams, 1980) перечисляют четыре критерия, которые должны быть тщательно взвешены и оценены:

- 1. Преморбидный уровень функционирования**
 - a. Уровень IQ до алкоголизма.
 - b. Возраст.
 - c. Социально-экономический статус (СЭС).
 - d. Образование.

Каждый из этих факторов оказывает влияние на измерения когнитивного функционирования по WAIS или HRB. Более высокий IQ, меньший возраст, более высокий СЭС и уровень образования обычно связываются с лучшими показателями. Более высокие баллы могут также указывать на то, что эти индивиды демонстрировали высокий уровень интеллектуального функционирования до начала болезни и, следовательно, могут позволить себе «потерять больше» без драматических для себя последствий.

2. Продолжительность употребления алкоголя

Продолжительность употребления алкоголя прямо говорит о степени повреждения коры головного мозга. Чем больше продолжительность приема алкоголя, тем серьезнее ущерб.

- a. Срок от десяти до двенадцати лет обычно не наносит особого ущерба коре головного мозга.
- b. От двенадцати до двадцати пяти лет — доклинический период. Ущерб, нанесенный коре в этот период, обычно обратим при сохранении абстиненции.
- c. Двадцать пять и более лет — клинический период. Шансы на постоянную неполноценность коры максимально возрастают, даже если человек готов поддерживать абстиненцию.

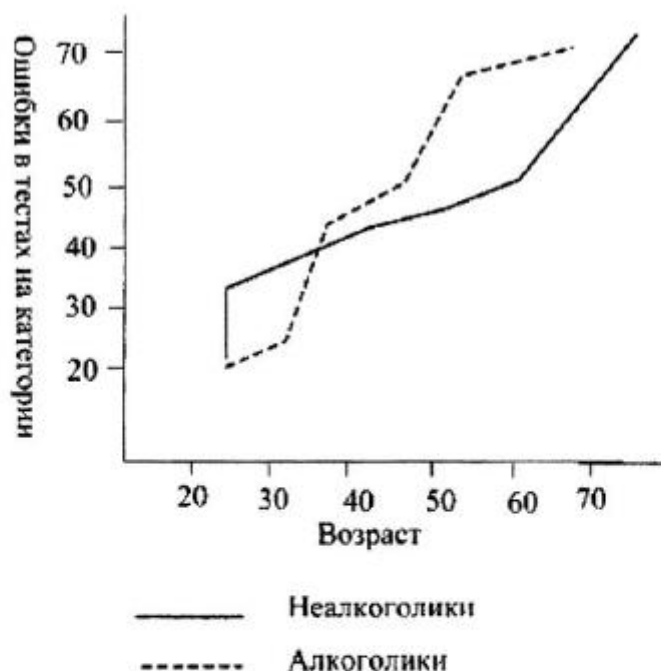
Таблица 8.11 резюмирует данные Гранта, Рида и Адамса касательно взаимосвязи между низким уровнем исполнения в тестах «категории» (абстрагирование и т.п.) и возрастом. Чем старше алкоголик и чем дольше он пьет, тем больше риск ущерба для коры головного мозга. Уровень повреждения коры также сильно зависит от того возраста, когда он начал пить. Пятидесятилетний алкоголик, который начал пить в тридцать, скорее всего, будет менее нарушенным, чем пятидесятилетний же алкоголик, начавший в пятнадцать, даже если они ежедневно выпивают равное количество алкоголя.

3. Уровень употребления алкоголя

Количество употребляемого алкоголя напрямую связано со степенью нарушения алкоголика. Таблица 8.12 приводит данные для важного различия, которое должно быть сделано при оценке серьезности повреждений. Тридцатилетний алкоголик, выпивающий по полгаллона стопроцентного виски в день (1,7 л) в течение десяти лет, окажется гораздо более нарушенным, чем пятидесятилетний алкоголик, выпивающий по две бутылки двадцатиградусного вина в неделю в течение двадцати лет.

Продолжительность абстиненции к началу нейротестирования Алкоголик, тестируемый на третий день лечения, будет в гораздо худшем состоянии, чем алкоголик, тестируемый на третий месяц или даже третью неделю выздоровления. В действительности, продолжительность периода, прошедшего от последней выпивки до даты нейропсихологического тестирования, оказывается весьма значимым фактором, влияющим на оценку уровня дисфункции этого человека.

Таблица 8.11



Адаптировано из Гранта, Рида и Адамса (1980)

Таблица 8.12

Пренатальный период	Доэкспозиционный период	Латентный период	Доклинический период	Клинический период	
Z	P	V(x)	V(y)	V(z)	C

Z = зачатие; P = рождение

V(x) = возраст первого воздействия препарата

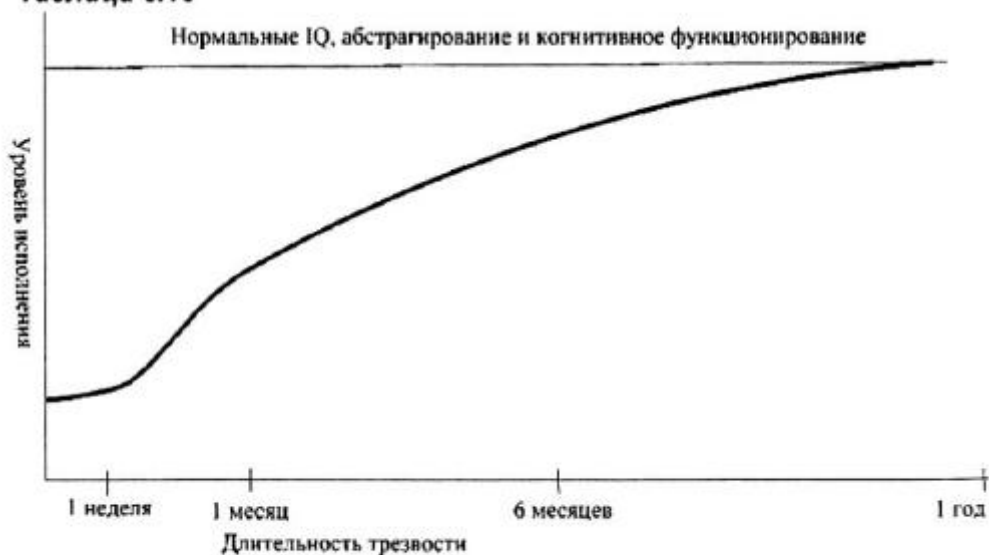
V(y) = возраст первого неврологического изменения из-за препарата

V(z) = возраст первых признаков слабоумия

C = смерть

Если нейропсихологическое тестирование призвано иметь какое-либо практическое применение в процессе лечения и выздоровления алкоголика, то важно тщательно оценить срок абстиненции пациента к моменту тестирования. Уэллс (1982) пишет: «Уровень нарушений по нейропсихологическим тестам определяется, в известных пределах, тем, через какое время после прекращения употребления субъект тестируется; найденные дефекты обычно намного больше непосредственно после прекращения приема» (стр.112). Большинство алкоголиков и в самом деле показывает большую поврежденность на ранних стадиях выздоровления. Множество исследований демонстрирует продолжительное улучшение в состоянии коры головного мозга, если абстиненция поддерживается в течение года или от одного до двух лет. Уровень нарушений у алкоголиков, не страдающих синдромом Корсакова, согласно полученным данным, оказался обратимым. Алкоголики переживают спонтанное излечение от дефицита при условии поддержания абстиненции. Единственное, что им требуется для такой обратимости — это воздержание от приема алкоголя. Степень улучшения когнитивного функционирования обычно заметнее всего в течение первых нескольких недель абстиненции. Однако, улучшение продолжается еще много месяцев (таблица 8.13)

Таблица 8.13



По вертикали: Уровень активности и степень неполноценности
По горизонтали (внизу): Продолжительность трезвого периода

Подобные открытия, касающиеся нейропсихологического функционирования, придают вес важнейшей максиме АА о выздоровлении. Общество АА и их спонсоры говорят алкоголикам, чтобы они не принимали никаких важных решений и не совершали значимых изменений в жизни, «смотря на вещи проще», в течение первого года выздоровления. Данные нейропсихологических исследований, приведенные здесь, подтверждают мудрость интуитивного понимания АА и их базирующегося на опыте знания о том, что такое алкоголь и какое действие он оказывает на мышление человека. Баллы по тестам «категории» и другие нейропсихологические измерения убеждают в том, что требуется по крайней мере год, прежде чем способность к абстрактному мышлению вернется к нормальному уровню. Следовательно, лучше всего воздерживаться от принятия больших жизненных решений до тех пор, пока не пройдет побольше времени для когнитивной стабилизации.

Именно здесь чистая наука и нейропсихологическое тестирование оказываются практически применимы в клинической практике. Модель групповой терапии и лечения, построенная по типу философии АА, подтверждается недавними нейропсихологическими открытиями. Настойчивое требование АА об аскетизме оказывается путем к важным изменениям, связанным с кортикальным выздоровлением. Это надо учесть, прежде чем алкогольная деменция или энцефалопатия смогут быть должным образом подвергнуты лечению. Настояние АА на том, чтобы «быть проще» и формулировать конкретные, определенные шаги к выздоровлению, предоставляет в распоряжение алкоголика ясную стратегию и достижимый план с измеримыми целями. Это критически важно для людей, страдающих от нарушения способности к абстрактному мышлению. Это дает им то, в чем они отчаянно нуждаются в начале лечения — направление, структуру и руководство. По мере постепенного восстановления когнитивного функционирования алкоголика можно начать применять альтернативные стратегии лечения. Со временем их мотивация, способность к новому обучению, консолидации информации, абстрактному мышлению и творчеству вернется к уровню функционирования до болезни. В этой точке алкоголики уже смогут использовать инсайт и самопонимание, а также автономно принимать решения. Тогда ведущие могут начать применять альтернативные способы лечения в своих терапевтических группах. Однако, до тех пор, пока алкоголики не достигнут этой стадии, группа должна вестись в более структурированной и директивной манере.

Приспособление групповых интервенций к стадиям неврологической готовности имеет очень большой смысл для лечения. Уровень мотивации и степень готовности к поведенческим изменениям, которые разнятся от человека к человеку, осложняются наличием неврологической неполноценности той или иной степени. Несмотря на наличие сильной корреляции между психологической и неврологической готовностью, не все индивиды продемонстрируют один и тот же уровень мотивированности или отрицания. Личностные переменные взаимодействуют со специфическими свойствами определенных веществ. Некоторые аддикции оказывают гораздо большее воздействие на мозг, чем другие виды аддиктивного поведения. Когда многие когнитивно- и бихевиорально-ориентированные исследователи стремятся занести все зависимости под общий заголовок аддиктивного поведения, они рискуют чрезмерно генерализовать аддиктивный процесс. Пристрастие к никотину, к примеру, даже несмотря на то, что оно может угрожать жизни и во многом сходно с зависимостью от алкоголя и наркотиков, не приводит ни к какому виду непосредственных повреждений или поведенческих последствий, которыми характеризуется злоупотребление химическими веществами. Немногие будут настаивать на том, что злоупотребление никотином требует в лечении такого же напора и той же срочности, что и пристрастие к алкоголю или наркотикам. Пристрастие к химическим веществам часто сравнивается с аддикциями, подразумевающими компульсивную деятельность, типа азартных игр, занятий сексом и траты денег. Исследования, генерализующие результаты прекращения курения или сокращения приема кофеина на лечение от злоупотребления алкоголем или наркотиками, повинны в том, что создают ложное впечатление о полезности подобных подходов. Однако, несмотря на эти недостатки, можно многое получить, изучая уровни мотивации и стадии готовности к изменениям, что может иметь важные последствия для лечения алкоголика или наркомана.

В последние годы бихевиорально-ориентированные исследователи пытались количественно обозначить то, как происходит изменение человека. Большая часть их работы была посвящена аддикции и идентификации тех переменных, от которых зависит принятие решения прекратить прием алкоголя или наркотиков. Одна из популярных концептуальных моделей выделяет пять стадий процесса изменения, связанных с уровнями мотивации индивида и требующих интервенционной стратегии от терапевта. Применяя свои концептуальные рамки к аддиктивным расстройствам, эта модель предполагает, что усиление мотивации или то, что некоторые называют «мотивационным интервьюированием», имеет большое значение лишь на самых ранних стадиях лечения зависимостей, когда люди еще амбивалентны или не заинтересованы в прекращении употребления химикатов. Мотивация индивидов к лечению по сути состоит в том, чтобы заставить их сильно поверить как в желанность, так и в возможность изменения. Тот, кто уже обладает этим убеждением, нуждается в небольшой помощи в этой области, но ему нужно большее руководство на поздних стадиях изменений, когда деятельность типа подготовки, предотвращения срыва и поддержания процесса выздоровления по необходимости становится приоритетной. В противовес такой позиции, другие верят в то, что мотивационные интервенции на ранних стадиях — это и вся помощь, которая может потребоваться некоторым индивидам в работе с их аддикцией. Как только человек готов оставить в прошлом стадию предварительного размышления, он сам будет предпринимать действия, необходимые для поддержания трезвости.

Стадии модели изменения для аддикции были сформулированы в работах Прохазки, ДиКлемента и их коллег (Prochaska и DiClemente, 1992; Prochaska, DiClemente и Norcross, 1992; DiClemente, Carbonairi и Velasquez, 1992). Они идентифицировали пять стадий изменения, происходящего как самопроизвольно, так и при профессиональных интервенциях.

Хорват (Horvath, 1993) так описывает эту модель:

«Стадии модели изменения предполагают, что предварительное намерение, размышление, подготовка, действие и поддержание являются теми фазами, которые индивид повторяет вновь и вновь на пути к устойчивому разрешению проблемного поведения. Модель идентифицирует также десять процессов изменения (т.е., повышение сознательности, переоценка себя, управление подкреплением), конкретизирующие то, как оно происходит. Эти процессы изменения связаны со специфическими стадиями. К примеру, на стадии действия пациент фокусируется на том, как управлять подкреплением (усиливать позитивные и снижать негативные стороны нового поведения). В период предварительного намерения пациент фокусируется частично на повышении сознательности. Концентрация на процессе изменения, не совпадающая с его стадией, оказывается крайне непродуктивной (например, попытка учить управлению подкреплением пациента, находящегося еще на стадии предварительного намерения)» (стр.474).

В этой перспективе отрицание и сопротивление выглядят как результаты несовпадения стратегии терапевта со стадией готовности наркомана или алкоголика к изменению. Прохазка и ДиКлемента предполагают, что терапевт может увеличить или вызвать сопротивление и отрицание, если не будет осторожно подвергать пациента терапевтическим интервенциям, совпадающим со стадией его готовности к прекращению приема химических препаратов. Стадии изменений в этой модели таковы:

1. **Предварительное намерение.** Индивид не имеет стремления измениться, потому что он или не видит своих проблем, или не верит, что проблема достаточно серьезна. Иногда он считает, что изменение или слишком трудно, или невозможно. Обычно человек на этой стадии ищет терапии только по принуждению или потому, что по мнению других (супруга(и), работодателя, пенитенциарной системы и проч.), у него есть проблема со злоупотреблением веществами. Задача терапевта на этой стадии — войти в контакт с пациентом, вовлечь его и установить некую форму альянса, которая позволила бы усилить сомнения индивида в своей позиции. Таким людям нужна помощь в том, чтобы увидеть, что у них есть проблема, и что эта проблема напрямую касается или вызвана приемом химикатов. Они должны понять, что изменение не только благотворно, но и достижимо.
2. **Размышление.** Осознание того факта, что изменение может быть необходимо. Однако, на этой стадии доминирует двойственное отношение к началу этого изменения. Хотя человек до известной степени осознает последствия постоянного употребления химических веществ, он верит или в то, что не может измениться, или в то, что альтернативные и менее резкие методики (т.е. контролируемое питье) могут ему помочь. В задачу терапевта входит нарушение баланса или внушением надежды (изменение возможно), или представлением последствий неизменного поведения (т.е., следует сказать героиновым аддиктам, что они или вскорости умрут, или окажутся в тюрьме, если не прекратят прием наркотика).
3. **Подготовка.** Осознание того, что изменение необходимо, но неуверенность в том, как начать это изменение — вот самое существенное на этой стадии. Отсрочки и избегание могут осложнять эту фазу, если терапевт не будет помогать человеку определиться с наилучшим курсом действий достаточно быстро. Предоставление информации о возможностях лечения и поощрение человека, вплоть до руководства им и подталкивания к началу действий часто бывают необходимы в это время.
4. **Действие.** Это самая короткая стадия, характеризующаяся пиковым уровнем энергии, который может поддерживаться лишь очень ограниченное время. Альтернативные поведенческие возможности уже испробованы, и фрустрация наступит немедленно, если результаты не вознаграждены или если попытки их добиться сопровождаются чрезмерными осложнениями (например, процедурами при приеме в больницу или требованиями страховых документов). Терапевт должен оставаться чувствительным к хрупкому состоянию пациента на этой стадии процесса изменения и устранять все возможные помехи, помогая человеку помочь самому себе сделать необходимые шаги к изменению.
5. **Поддержание.** Существует большая разница между тем, чтобы достичь трезвости или чистоты, и тем, чтобы оставаться трезвым или чистым. Стратегии, направленные на то, чтобы сохранять трезвость в течение первых нескольких недель выздоровления, будут сильно отличаться от своих аналогов для трех, шести или двенадцати месяцев выздоровления. Изучение нового поведения, ценностей и установок, несовместимых с прошлым поведением, ценностями и установками — вот что существенно важно, если вы стремитесь к удержанию достигнутых изменений. Интеграция и ассимиляция двенадцатишаговой программы и ее философии является одним из самых существенных компонентов этого процесса. Научение тому, как использовать психотерапию и группу, станет еще одним существенным компонентом, если вы хотите поддерживать процесс выздоровления.

Профилактика срыва

Хотя срыв будет существенной частью стадии поддержания изменений, он должен находиться в постоянном фокусе внимания с самого начала действий по прекращению употребления алкоголя и наркотиков. Рецидивы неизбежны для большинства, если не для всех алкоголиков и наркоманов. Они могут стать бесценным обучающим опытом, если будут должным образом изучены и интегрированы. Тесная связь с другими выздоравливающими алкоголиками и наркоманами в двенадцатишаговых программах выздоровления приводит к тому, что научение на опыте срыва не всегда должно происходить за собственный счет: в этих программах люди имеют возможность учиться друг у друга, будучи свидетелями чужих рецидивов. Они очень скоро понимают, что срыв происходит в соответствии с прогнозируемым и легко узнаваемым паттерном. Это жизненно важно, поскольку рецидивы зачастую могут оказаться фатальными. Терапевт может предоставить информацию и руководство, объяснить типичныестораживающие признаки наступающего рецидива, что может помочь предотвратить его или минимизировать его влияние и длительность. Какой бы важной ни была эта информация, она не имеет ничего общего с воздействием срыва своего товарища -наркомана или алкоголика, и с эмоциональным пониманием, приобретенным его очевидцами.

Модель оценки готовности к изменениям Прохазки и Диклеме может предоставить некоторые полезные инструменты для выработки стратегий, которые нужно применять в работе с химически зависимыми лицами с самого начала. Их работа подкрепляет все расширяющийся консенсус по поводу того, что традиционные методы психотерапии не могут применяться в работе с действующими алкоголиками или наркоманами. В то время как существуют некоторые противоречия относительно времени, когда химически зависимый индивид сможет извлечь пользу из психотерапии, растет согласие относительно того, что человек на ранних стадиях выздоровления скорее не будет реагировать и не сможет почувствовать преимуществ традиционных методов психотерапии, как это может сделать пациент на более поздних стадиях. Это касается как индивидуальной, так и групповой и семейной терапии. Недавняя обзорная статья (Kaufman и Reoux, 1988) рекомендует адаптировать стратегию лечения к трем различным фазам: 1) достижение трезвости; 2) раннее выздоровление или абстиненция; 3) продвинутая, или поздняя стадия выздоровления. Таким же образом Уоштон (Washton, 1992) рекомендует, чтобы наркоманы и алкоголики проходили через последовательные группы, фокусирующиеся на вопросах, значимых для их стадии выздоровления: 1) раннее выздоровление; 2) предотвращение рецидива или поддержание; 3) долгосрочное выздоровление.

Групповая терапия, особенно во время самых ранних стадий выздоровления, редко бывает единственной модальностью лечения. Обычно она является частью комплексной программы, одновременно обеспечивающей индивидуальную терапию, скрининг или тестирование на наркотики, семейное консультирование, образовательные лекции, детоксикацию и интеграцию в двенадцатишаговую программу. Вопрос о том, как может быть использовано групповое лечение, зависит от многочисленных факторов и зачастую противоречивых переменных. Существует и запутанный набор различных теорий изменения, применений, подходов и определений аддикции. Какой тип группы, для какого типа индивидов, в какого типа условиях лечения, для какого уровня зависимости, от какого вещества, с каким уровнем мотивации, на какой стадии выздоровления, для какой цели или намерения — все это должно оцениваться и тщательно продумываться. Ответ на каждый из этих вопросов должен быть тщательно взвешен, потому что он помогает оценить то, какую роль групповое лечение будет играть в выздоровлении наркомана или алкоголика. Для того чтобы разобраться во всех этих сложностях, следующие три главы будут посвящены тому, как лучше приспособить групповой терапевтический процесс к решению вопросов ранней, средней и поздней стадий выздоровления.

Глава 9. Проблемы ранней стадии лечения

На ранней стадии лечения мы прежде всего имеем дело с фазами предварительного намерения, размышления и с подготовительной фазой изменений, что подчеркивали Прохазка и ДиКлементе (Prochaska, DiClemente, 1992). Большая часть энергии терапевта будет направлена на то, чтобы алкоголики, наркоманы и страдающие другого вида зависимостями признали, приняли и оставили в прошлом высокую степень амбивалентности и отрицания. Ведущие групп для начинающих очень скоро обнаруживают, что лишь очень немногие алкоголики и аддикты вступают на путь излечения по своей воле. Следовательно, в момент первоначального знакомства подобного рода пациентов с группой и лечением они обычно находятся или под сильнейшим давлением со стороны семьи, работодателя или суда, или же их вынуждают к этому шагу серьезные проблемы со здоровьем, вызванные употреблением химических препаратов. Ведущий обнаруживает, что многие из участников группы пребывают в тяжелом эмоциональном состоянии, характеризующемся чувством вины, стыда и депрессии, или же упрямятся и злятся, поскольку кто-то другой заставил их подчиниться требованиям, которые представляются им неправильными, несправедливыми и карательными. Даже если химически зависимый индивид соглашается с тем, что ему (или ей) необходимо лечение, он обычно лепечет желание пить и принимать наркотики безопасным и нормальным образом. Его согласие на лечение больше мотивируется угрызениями совести и желанием избежать дальнейших обвинений, нежели реальным желанием активно искать способ достичь в нем успеха. Таким образом, ведущий группы оказывается перед лицом трудной задачи взаимодействия с сопротивлением пациентов на двух разных уровнях. Когда участники не проявляют активно бунтарских настроений и сопротивления, они обычно очень стараются создать у персонала и ведущего впечатление, что они активно вовлечены в процесс собственного лечения и выздоровления. Это ставит терапевта перед деликатной проблемой, поскольку те члены группы, которые демонстрируют активное сопротивление, как правило, легче поддаются лечению, нежели те, что пассивно соглашаются.

Фасад добровольного подчинения должен быть увиден как способ манипулирования процессом лечения, или же выздоровление будет мотивироваться лишь желанием освободиться от внешнего давления и неприятностей. В любом случае, подобного рода позиция пациентов должна быть конфронтрована и изменена. И, как правило, быстро — в течение двадцати восьми дней, поскольку такова продолжительность обычной стационарной программы. Пока это не выполнено, программа АА не будет усвоена, и пациент никогда не сможет взять на себя личную ответственность за свое выздоровление и воздержание. Несмотря на то, что групповая психотерапия может быть заметным дополнением к лечению алкоголиков и наркоманов, ведущие все же обнаруживают, что лишь немногие пациенты хотят полностью выполнять всё необходимое для успешного лечения своей зависимости. В основной массе алкоголики и наркоманы имеют низкий уровень мотивации на воздержание от употребления алкоголя и наркотиков. Это особенно верно на ранних, начальных стадиях лечения, когда уровень индуцированной алкоголем или наркотиками когнитивной недостаточности наиболее тяжел, а они в наибольшей степени ригидны и ограничены в своей способности находить альтернативные решения для застарелых проблем. Даже если алкоголики и аддикты начинают лечение полностью по своей воле и обладают сильным внутренним желанием прекратить употребление химических препаратов, многим из этих пациентов трудно делать все необходимое для обеспечения своего выздоровления — из-за присущей им (в разной степени) патологии характера. Подобное состояние становится еще более тяжелым, если прием химических препаратов прекращен недавно, что делает пациентов еще более мятежными, подозрительными и манипулятивными.

Искусство лечения аддикций состоит в преодолении невероятно сильного отрицания и сопротивления — пассивного или активного, — которым обладает большинство алкоголиков и наркоманов. Подобная установка в лечении поднимает множество важных этических и терапевтических вопросов. Конфронтация, если она оказывается чересчур наказующей или мотивируется контрпереносом ведущего, может сильно навредить терапевтическому альянсу. Однако, ведущий не может позволить себе отдалиться и принять позицию терапевтической нейтральности, поскольку время и тяжесть состояния химически зависимого пациента, а также отсутствие у него мотивации мешают нормальной эволюции психотерапии, обычно имеющей место с большинством неаддиктивных пациентов. Лечение химически зависимых лиц требует от ведущего драматического сдвига фокуса внимания и использования техник, с которыми обычно он не столь хорошо знаком, и не обладает достаточно большим опытом их использования. Конфронтация, интервенция, принуждение и использование терапевтических рычагов — это техники, которые могут обладать вредоносным воздействием на человека или группу, если они применены неподходящим образом или огульно. Такой подход к лечению зачастую полностью противоречит большинству современных форм психотерапии, и многие ведущие групп или неловко себя чувствуют, применяя его, или не понимают подлинного смысла его применения. Вследствие этого, данные методы часто используют неверно, игнорируют или применяют чересчур ревностно. В некоторых случаях ведущие, незнакомые с настоящим способом применения подобных методов, используют их без разбора для всех членов группы с одинаковой интенсивностью и все время. Они не способны понять, что некоторые алкоголики или аддикты нуждаются в этих методах в меньшей степени, а некоторые в большей. Они не могут относиться к членам группы как к индивидуальностям, и подобные техники применяются ради самих техник. То, что будет подходящей конфронтацией для алкоголика в начале лечения, станет совершенно деструктивным для того же самого алкоголика на более поздних этапах терапии.

Важно помнить о том, что защитные действия предпринимаются не только для эффективного нормального функционирования, но и для избегания тревоги. Таким образом, конфронтационные техники, используемые единственно как инструменты для того, чтобы пробиться через ригидные защиты алкоголиков и наркоманов, скорее всего, будут увеличивать тревогу и, таким образом, лишь спровоцируют избегание и отрицание. Замыкание в себе, избегание или примиренческие ответные реакции также могут вызываться этими техниками, что, в свою очередь, усилит ригидные паттерны мышления и поведения и, таким образом, увеличит сопротивление изменениям. Во многих случаях лечебный эффект может быть усилен более косвенным использованием конфронтации. Кроме того, любые тенденции к пассивному подчинению (согласие с персоналом или ведущим группы во избежание тревожности, сопутствующей конфронтации) лишь углубляются прямыми атаками. Так что косвенная конфронтация еще и уменьшает вероятность пассивно-подчиненных форм сопротивления.

Это вплотную подводит нас к цели написания настоящей главы. Каждая из этих техник — принуждение, использование терапевтических рычагов, конфронтация и интервенция — будут рассмотрены с точки зрения определения пределов их полезности и применимости. Обычно, если не всегда, подобные техники гораздо лучше подходят для ранних стадий лечения. Они должны использоваться или для того, чтобы химически зависимые лица осознали масштабы своих трудностей, в надежде на то, что они начнут лечение, или, если они уже лечатся, для того, чтобы помочь им понять, в какой серьезной степени их чувства не соответствуют их действиям. Вкратце, эти техники могут помочь людям честнее взглянуть на самих себя и (будем надеяться) признать, что самообман вносит существенный вклад в предельную сложность их положения.

Особые проблемы аддиктивного пациента

Главная тема в лечении аддиктивных пациентов — это доведение до их восприятия и понимания связи нынешних трудностей в их жизни с тем, что они злоупотребляют алкоголем или наркотиками. Когда эта задача выполнена, пациентов нужно заставить увидеть преимущества не-пития или не-употребления наркотиков в сравнении с проблемами, возникающими при продолжительном применении веществ. Подобный выбор должен быть взвешен каждым пациентом в отдельности, и каждый должен принять личное решение. Однако, будучи оставленными и вынужденными полагаться лишь на собственные ресурсы, наркоманы и алкоголики (в большинстве своем) станут цепляться за убеждение, что однажды, в один прекрасный день, они добьются возможности нормального и здорового приема наркотиков и алкоголя. Хотя большинство терапевтов обучены тому, как важно не принимать решений за пациентов, и тому, что терапевтический альянс ни в коем случае не должен подвергаться риску, ведущий обязан тщательно взвесить подобную установку, если ведет группу, члены которой в настоящий момент бьются над этим решением на ранней стадии выздоровления. Как отмечает Шоур: «Терапевтам, которые остаются нестигаемо поддерживающими в то время, как алкоголики продолжают убивать себя пьянством, следовало бы пересмотреть моральные следствия своей позиции» (Shore, 1981, стр.13).

Алкоголики и аддикты в группе последовательно ставят ведущего перед лицом новых и уникальных проблем. Работа с этими людьми требует от ведущего переоценки многих конвенциональных и неоспоримых мнений о процессе лечения. Подход, чрезвычайно эффективный с неаддиктивными пациентами, может оказаться совершенно неподходящим для того, кто в настоящее время зависим или находится на ранних стадиях выздоровления. Ведущий должен также осознавать, что защиты многих алкоголиков и наркоманов весьма изощренны, и обычно они мастерски применяют эти защиты в группе, пытаясь сразить терапевта. В отличие от невротиков или неаддиктивных пациентов, приходящих на лечение по собственной доброй воле и активно ищущих помощи в освобождении от симптомов, большинство зависимых пациентов или жаждут убедить ведущего и персонал в том, что произошла чудовищная ошибка при направлении их на лечение, или прибегают ко всякого рода уловкам, пытаясь заставить ведущего сконцентрироваться на их «подлинной» проблеме. Эту проблему они часто считают корнем своего патологического употребления химикатов. Втайне пациент надеется, что как только эта базовая проблема будет обнаружена, он или она сможет вновь вернуться к нормальному потреблению препаратов. Химически зависимые люди будут подчеркивать эту тему, поскольку пьянство или наркотики зачастую оказываются единственным удовольствием, которое, как они чувствуют, они могут получить от жизни — удовольствие, которое нужно защитить любой ценой.

Защитные механизмы

Неверные представления об алкоголе и наркотиках, характерные для алкоголиков и наркоманов, обычно являются результатом выработанного ими набора защитных механизмов. Неофрейдисты первыми сделали различие между здоровыми защитами эго (такими, как сублимация и интеллектуализация) и нездоровыми (такими, как отрицание и вытеснение). Терапевты должны понимать, что подавление и защиты эго суть нормальный, здоровый процесс, отражающий тенденцию индивида к избирательному забыванию негативных переживаний, которые могут быть слишком болезненными или дискриминаторными. Все мы используем подавление и защиты эго в своих попытках справиться с повседневными проблемами. И только когда степень подавления достигает таких величин, что начинает отрицать реальность, проявляются симптомы болезни. Когда защитные механизмы используются так часто и интенсивно, что нарушается тестирование реальности, человека нужно подтолкнуть к осознанию того, насколько неадекватна его защитная позиция.

Конфронтация с подобного рода неверными представлениями оказывается решающим фактором в лечении алкоголиков и наркоманов, поскольку негодные защитные механизмы и вытеснение являются ключевыми заблуждениями, которые ведущий группы обязан распознать и проработать, прежде чем станет возможным какой бы то ни было прогресс в лечении. Боровиц (Borowitz, 1964) выдвинул следующую гипотезу: базовый психологический эффект алкоголя заключается в том, чтобы изменить эго-функцию, что влечет за собой снижение активности восприятия. И действительно, алкоголики и наркоманы обычно считают людьми, обладающими плохо развитым эго и неадекватными защитами. Вернон Джонсон (Vernon Johnson, 1973) соглашается с этим и убежден, что алкоголики не способны воспринимать в точности то, что с ними происходит, поскольку динамики болезни слишком сложны. Аддикция — замысловатый процесс, включающий в себя взаимосвязь вытеснения, разрушения коры головного мозга и нарушения способности к суждению. Чтобы помочь людям, ведущему важно не столько знать, почему они стали алкоголиками или наркоманами, сколько понимать динамику аддиктивного процесса.

Алкоголики или наркоманы — это хронически больные люди, болезнь которых прогрессирует. Это важно помнить, поскольку по мере того, как ухудшается их положение, сила их эго ослабевает, и образ себя разрушается. Вина, стыд и угрызения совести — вот те факторы, которые часто заставляют их вырабатывать изощренные защитные механизмы, чтобы контролировать дискомфортные эмоции. По мере того, как эмоциональная боль нарастает, защиты становятся все более ригидными. В конце концов, эти люди становятся жертвами собственных защитных механизмов.

Марти Мэнн (Marty Mann, 1973), в ряду прочих, указывал на важность исправления неверных представлений и заблуждений пациентов об алкоголизме как болезни. Алкоголики, по мнению Мэнна, разделяют мнение общества о том, что алкоголизм — это моральная неполноценность. Алкоголики и наркоманы обычно не считают себя физически зависимыми, и именно в этом — одна из причин того, почему они прилагают все усилия к отрицанию того факта, что их проблемой является аддикция. Вина и угрызения совести, которые они испытывают из-за своего пристрастия к выпивке или наркотикам, приводят их к тому, что они отказываются признавать или получать помощь. Концепция болезни убеждает их в том, что они не плохи, а, скорее, больны. Это уменьшает их чувство вины. Любая модальность лечения, помогающая алкоголикам и наркоманам принять себя в качестве хоть сколько-нибудь ценных индивидов, поможет их выздоровлению. Повышение самооценки и самоуважения является важным фактором лечения. Рут Фокс резюмирует эти положения следующим образом: «Алкоголика нужно убедить в том, что алкоголизм рассматривается медициной и другими авторитетами в области здоровья как болезнь, а не как моральное падение или мерзкая слабость, потакающая своим желанием. Обычно непосредственным результатом такой уверенности оказывается отток эмоций, которые сужают и искажают образ себя и видение алкоголиком своей проблемы, и освобождение от огромного чувства вины, парализующего способность пациента предпринимать шаги к выздоровлению». (Puth Fox, 1967, стр.54)

Позиция Фокс повторяет психоаналитическое убеждение в том, что если обнаружена причина вытеснения, вытесненный материал быстро всплывает в сознании пациента. Другими словами, если угроза устранена, то вытесненный материал может безопасно возвратиться в осознание. Именно на этой стадии выздоровления алкоголики и наркоманы оказываются способными реалистично взглянуть на свою болезнь.

Возвращение в сознание вытесненных чувств оказывается критической стадией в процессе выздоровления по целому ряду причин. Алкоголики и наркоманы теперь могут познакомиться с самими собой на более значимом уровне. Принятие собственной болезни и зависимости — это важный первый шаг из двенадцати шагов АА. Джонсон предполагает, что

«Эффект этой новой ступени самоосознания заключается в том, что возникает потребность уменьшить груз моральной тревоги и вины, которая оказалась в фокусе сознания... Каким-то образом алкоголик сейчас прозревает истину: подобные дефекты характера суть признаки его болезни, а выздоровление зависит от их устранения». (1973, стр. 116)

Психоаналитическая теория в общем поддерживает точку зрения Джонсона на то, что эмоциональный компонент такого осознания является предпосылкой выздоровления. Сходным же образом рассуждает и Немия: «Боль усиливается до невыносимости из-за гнева, произрастающего из их амбивалентности. Для того, чтобы защитить себя от боли, они используют механизмы защиты, далекие от нормальных: отрицание потери приводит к блокированию процесса горевания..., что в результате заканчивается появлением разнообразных соматических жалоб, неистовым самобичеванием и самоубийством» (Nemiah, 1961, стр.63).

Именно через боль и горе алкоголики и наркоманы могут реалистично встретить и принять осознание своего положения. Только через эмоциональный катарсис и кризис они наконец обращаются к Богу и к другим, признаваясь в том, что их жизнь безнадежна пред лицом их химической зависимости. Это та стадия, которую АА выделяют как капитуляцию перед признанием, что алкоголик болен. Такой процесс не может быть только интеллектуальным осознанием. Он требует также понимания на эмоциональном и духовном уровнях.

В этой точке для продолжения терапии чрезвычайно важно, чтобы ведущий не поддавался манипуляции и не предпринимал попыток вести терапию, ориентированную на инсайт, с пациентом, который продолжает пить или принимать наркотики. Ведущий группы должен предельно ясно донести до пациента, что сначала должна наступить абстиненция. Даже в тех случаях, когда аддикции сопутствует глубинная психопатология, патологическое пьянство может убить задолго до того, как будет обнаружена его причина.

Очень часто воздержание приводит к улучшению большинства тех обстоятельств, которые алкоголик или наркоман ранее считал причинами своего пьянства и употребления наркотиков.

Джонсон (1973) видит в устранении или облегчении чувства вины и угрызений совести важный компонент лечения. Но это происходит лишь после того, как достигнута абстиненция. «Наиболее удивительное наше наблюдение состояло в том, что алкоголизм не может существовать там, где нет конфликта между системой ценностей и поведением пьющего» (стр.75). Продолжая, Джонсон приходит к заключению: «Все очень просто, лечение включает в себя терапию, направленную на возвращение пациента к реальности» (стр.75). Именно посредством конфронтации вытеснения и отрицания возникает возможность тестирования реальности и сопутствующий эмоциональный катарсис.

Альбрехт (Albrecht, 1969) подводит итог такой позиции, заключая, что «Во время этой фазы тяжелой алкоголизации индивид становится особо искусным в использовании отрицания, рационализации и проекции, только бы избежать полноценной конфронтации с проблемой собственного пьянства. Он отрицает, что у него есть такая проблема: он находит множество причин для приема алкоголя и обвиняет других в том, что пьет» (стр.15). Алкоголики и наркоманы не только не осознают своей высокоразвитой защитной системы, они, кроме того, не осознают мощного чувства ненависти к самим себе, скрытого позади нее. Защитные механизмы продолжают расти, чтобы алкоголики могли выжить перед лицом своих проблем. Чем большую боль они испытывают, тем сильнее и ригиднее защиты. Таким образом, алкоголики и наркоманы с течением времени становятся все более и более ригидными в своих защитных процессах. Это лишь добавляет сложности в работу ведущего группы, борющегося за то, чтобы алкоголик или наркоман увидел своё положение в более реальном свете. По мере того, как алкоголики или наркоманы подчиняются требованиям своих ригидных защит, они все сильнее теряют связь со своими чувствами. В таких обстоятельствах задача ведущего на ранних стадиях лечения становится абсолютно ясной и определенной. Он (или она) должен помочь алкоголикам и наркоманам (1) обнаружить, что и они сами, и другие — чувствующие личности и (2) идентифицировать защиты, которые мешали совершению этого открытия.

Обучение алкоголиков и наркоманов распознавать свои чувства важно по двум причинам. Во-первых, чувство и спонтанное самовыражение чаще всего оказывается наиболее честным. Гораздо полезнее проявляться, чем быть правым. Спонтанное самовыражение может выпустить на волю как позитивные, так и негативные эмоции, которые нужно распознать и с которыми нужно иметь дело. Это — единственный способ, которым можно достичь изменения ригидных защитных механизмов алкоголиков и наркоманов и восстановить их способность к тестированию реальности. Во-вторых, чрезвычайно важно знать, что ты чувствуешь в данный момент, поскольку необходимо ощущать с такой же точностью и чувства другого человека. Если алкоголики и наркоманы должны вернуться в мир «живых», то они должны быть способны общаться с другими людьми аккуратно и эмпатично.

Конфронтация зачастую становится единственным способом изменения их саморазрушительных и ригидных защит. Однако, критически важно то, как используется конфронтация. Существуют ее конструктивные и деструктивные формы. Алкоголику нужен кто-то, кто реалистически назовет вещи своими именами, не занимая карательной, моралистической или превосходящей позиции. Вернон Джонсон иллюстрирует то, как атака на человека часто ошибочно принимается за конфронтацию. Атака лишь усиливает защиты. Конфронтация, с другой стороны, может быть определена как описание индивида таким способом, который, скорее всего, будет им принят. Джонсон утверждает, что «Конфронтируя, мы оказываемся наиболее полезны, когда пытаемся не столько изменить другого человека, сколько помочь ему точнее увидеть себя».

Принуждение

Однако, прежде чем в группе можно будет применять техники конфронтации, необходимо, чтобы алкоголики или наркоманы начали стремиться к лечению. Во многих, если не в большинстве случаев, это оказывается единственным серьезным препятствием. Необходимо выработать и поддерживать до-лечебную стратегию, гарантирующую, что сопротивляющихся пациентов адекватным образом вынудят стремиться к лечению, особенно в тех случаях, когда они не способны или не хотят видеть реальности своего положения. Принуждение искать лечения, однако, является весьма противоречивой проблемой, имеющей множество этических, правовых и практических аспектов. Вопросы о правах человека и его свободе отказаться от лечения, даже если его поведение может стать угрозой как для него самого, так и для общества — это не те вопросы, которые легко разрешить или на которые легко найти ответ (Wald, 1974). Помимо ключевых и популярных вопросов о посягательстве на права человека и вмешательстве в частную жизнь, существует еще и проблема сомнительной эффективности случаев, когда к лечению прибегают по принуждению, когда отсутствует кооперация и мотивация к излечению. В области психотерапии и консультирования является аксиомой тот факт, что клиенты должны вложить в процесс лечения большую часть себя, чтобы терапия была успешной (Peris, 1969; Schultz, 1969; Rogers, 1942; Carkhuff, 1969). Однако, сейчас постепенно становится очевидным, что, возможно, подобный подход не так уж и правилен, в особенности в случае с алкоголиками (Bourne и Fox, 1973; Johnson, 1973).

Рут Фокс (1967) объявила, что для того, чтобы принимать терапевтические меры, нет необходимости ждать, пока алкоголик достигнет дна или мотивирует себя к лечению. Стерн и Питтман (Sterne, Pittman, 1965) просто продемонстрировали, что зачастую именно психотерапевту или ведущему, а вовсе не аддикту или алкоголику, необходима мотивация. Шафтез, Блэйн и Хилл (Shaftez, Blane & Hill, 1970) показали, что представители помогающих профессий могут мотивировать сопротивляющихся пациентов к лечению прямым удовлетворением очевидной потребности пациентов в зависимости, общением посредством действия, заботой о низкой самооценке пациентов, а также постоянством своего внимания. Как последовательно показывают Анонимные Алкоголики и Ал-Анон, новое или измененное отношение окружения проблемного пьяницы зачастую мотивирует его на поиск помощи по собственной воле (Bailey и Leach, 1965).

Отрицание

Теоретики и практики в области аддикций уже пришли к общему согласию о том, что алкоголики и аддикты в целом располагают особенно скудными защитами эго (Johnson, 1973, Bourne и Fox, 1973; Jellinek, 1960; Weinberg, 1976).

Рационализация и отрицание — настолько частые компоненты болезни алкоголиков и наркоманов, что эти защитные механизмы эго стали синонимами аддиктивного процесса. Большинство теоретиков признают необходимость идентификации системы отрицания и прорыва сквозь нее до того, как будет начато успешное выздоровление (Фонд Хэзелден, Институт Джонсона и т.д.). Отрицание часто является передовой частью болезни алкоголика или наркомана. Оно становится переразвитым, все более ригидным и все менее допускающим проникновение на поздних стадиях, вплоть до почти полной утраты связи с реальностью (Jellinek, 1960). Алкоголики или зависимые на поздних стадиях заболевания минимизируют, рационализируют и отрицают любые проблемы с алкоголем или наркотиками, обычно проецируя причины своих проблем на других. Вина, угрызения совести и ухудшение способности к суждению увековечивают аддиктивный цикл, приводящий к полному отрицанию алкоголиком или наркоманом любой ответственности по своим обязательствам (Johnson, 1973). Вайнберг (Weinberg, 1976) заметил, что тенденция семьи, друзей и профессиональных помощников избегать этой темы в общении с алкоголиками и наркоманами на ранних стадиях их болезни создает социальную среду, способствующую отрицанию. До той поры, пока не изменится культурная установка, утверждал Вайнберг, профессионалы будут фрустрированы упрямым сопротивлением изменению.

Другие теоретики не соглашались с этим утверждением и предлагают стратегии эффективного решения проблемы. Сейчас уже понятно, каким образом изоцированные эго-защиты и сильная система отрицания алкоголиков и наркоманов зачастую приводят множество консультантов, судей и других профессионалов помогающих профессий к ошибочному выводу о том, что алкоголик или наркоман должен достичь дна, чтобы ему можно было помочь. Реальность свидетельствует о том, что это неверно (Bourne и Fox, 1973; Johnson, 1973). Фокс (1967) утверждал, что алкоголики ни за что не задумаются о том, чтобы бросить алкоголь, до той поры, пока страдания, приносимые им, не станут больше, чем удовольствие. Общее мнение сходится на том, что алкоголики или наркоманы должны утратить что-то действительно важное для них, или, по крайней мере, встать перед лицом угрозы такой потери (Bourne и Fox, 1973; Johnson, 1973).

Вернон Джонсон (1973) подчеркивал, что ожидать того момента, когда алкоголик или наркоман достигнет дна, весьма опасно. Он считает необходимым тренировать консультантов на распознавание «крика о помощи» алкоголиков или наркоманов и их «непокорной зависимости», как компонентов процесса лечения, которые консультанты смогут использовать, как только идентифицируют. Свидетельства индустриальных программ указывают на то, что кризис, индуцированный значимыми людьми в присутствии специалиста, конфронтующего и поддерживающего их обвинения, может стать действенной альтернативой предыдущим способам лечения.

Программы помощи персоналу

Общепринятое мнение и исследования поддерживают стратегию «конструктивного принуждения» (Minovitz, 1973) или «силового принуждения» (Murray, 1973), как конкурентоспособную альтернативу для индукции кризиса в жизни алкоголика. Лью (Lew, 1973), проведя исследование в процессе индустриальной лечебной программы, убедился, что алкоголики мотивированы на изменение, когда находятся в кризисе, и что если ничто не вынуждает их принимать все последствия своего поведения, то они вряд ли будут мотивированы к выздоровлению. Другое исследование (Lemere, 1958; Gerard, 1962; Tiebout, 1961) указывает, что основное значение программ помощи персоналу лежит в праве нанимателя вызвать связанный с работой кризис в жизни алкоголика или наркомана в тот период, когда те еще работают. Апелляция к прописанной политике компании, конфронтующая плохую работу и прогулы, избегая прямых обвинений в алкоголизме или наркотической зависимости, обычно приводит к успеху, побуждая обратиться к лечению. Зачастую гарантированная работа оказывается основным двигателем отрицания. Как только она оказывается под угрозой, отрицание начинает давать трещины. Сила работодателя и супервизора (контролера) заключена в неотъемлемом характере контролирующей роли. Супервизоры обучены быть готовыми к действию, и располагают большей властью, чем супруг(а), друзья, священник или врач. Предыдущие попытки использовать семью, как место для идентификации развивающегося проблемного пьяницы, оказались бесплодными из-за диффузных эмоциональных отношений, характерных для семейной структуры и процесса (Департамент здоровья, образования и благосостояния, 1974).

Независимое исследование, проведенное Национальным Институтом Злоупотребления Алкоголем и Алкоголизма (1962), показывает, что 70-процентный успех, достигаемый в промышленных программах, часто не имеет себе равных, даже среди Анонимных Алкоголиков. Большинство других методов лечения рапортуют об успешных результатах, редко превышающих 20-процентный уровень. Это позволяет предположить, что высоко конфронтационная природа промышленных программ и АА создает атмосферу, облегчающую успешное лечение алкоголиков. Суд также наделен силой вызывать кризис посредством конфронтации.

Конструктивная конфронтационная стратегия требует специфических допущений. Принуждение, в какой-либо форме — необходимый элемент человеческого поведения (Simmel, 1950). Поскольку общество не обеспечивает ясных норм в отношении использования алкоголя и наркотиков, начинающие алкоголики или наркоманы редко подвергаются последовательным санкциям; таким образом, они располагают лишь немногими рычагами внутреннего контроля для управления своим поведением (Inkeles, 1968). Вынуждение к сотрудничеству освобождает алкоголика или наркомана от бремени выработки собственной мотивации. Такая стратегия скорее активизирует и использует существующие методы социального контроля внутри системы, а не толкает отклонившихся от системы в специализированные контролируемые условия.

Принуждение, установки и мотивация в лечении

Похоже, что одна из проблем мотивации алкоголика или наркомана к приятию лечения заключается в том, что нежелание со стороны пациента искать или принимать помощь является по своей природе психологическим. Это особенно верно, если процедура лечения незнакома и, возможно, таит в себе угрозу. Кантер (Canter, 1969) проверил эту гипотезу и пришел к заключению, что информирование алкоголиков и наркоманов о различных подходах к лечению увеличивает их восприимчивость к нему. Росси (Rossi, 1972) пришел к сходному выводу и предположил, что мотивация алкоголиков и наркоманов к приятию лечения является не только лишь внутренним фактором, но связана с характером социального окружения и личностью профессионала-помощника. Далее Росси предположил, что мотивация пациента на излечение может рассматриваться как многоуровневое взаимодействие пациента, его окружения и психотерапевта. Результаты исследования Девио (Devito, 1969) подобным же образом обнадеживают и придают вес гипотезе о ценности жесткого внешнего контроля для успешного лечения алкоголиков и наркоманов.

Закс (Zax, 1961) продемонстрировал, что значимые отношения в процессе консультирования усиливают тенденцию оставаться на лечении подольше. Ведель (Wedel, 1965) в сходном исследовании пришел к заключению о том, что усилия социальных работников обладали большой личной значимостью для некоторых индивидов. Ведель обнаружил, что некоторые алкоголики и аддикты в этом исследовании обладали достаточной силой эго, чтобы прекратить пить; мотивация же должна была исходить из других источников, таких, как религиозная вера, групповая вовлеченность или семейные соображения. Стерн и Питтман (1965) изучили понятие мотивации, чтобы определить, до какой степени она критична для выздоровления. Они пришли к заключению, что большинство людей, оказывающих профессиональную помощь, слишком полагаются на веру в то, что мотивация клиента является основным фактором успеха в лечении. Неудача в принятии алкоголика или наркомана в качестве клиента и отсутствие успеха в лечении зачастую очень удобно объясняются отсутствием мотивации у клиента. Их находки предполагают необходимость улучшения профессионального обучения. Кроме того, они пришли к заключению о необходимости систематического исследования, позволяющего выделить факторы, которые способствуют принятию лечения алкоголиком или наркоманом.

Хотя для юридической структуры или работодателя принудительное начало процесса лечения иногда имеет решающее значение, существует также и исследование, указывающее на то, что некоторые наркоманы и алкоголики не нуждаются в давлении для того, чтобы сохранять постоянную активную вовлеченность в процесс выздоровления (Heitler, 1976). Другое исследование, однако, говорит о важности силы в качестве существенной части лечения (Sexias, 1976). Другие свидетельства предполагают, что индивиды, лечащиеся принудительно, ведут себя не лучше и не хуже, чем те, кто предположительно решился на лечение по собственной воле. Исследование Бибба (Bibb, 1970) приводит к заключению, что результаты амбулаторного лечения как повода для условного освобождения могут быть сравнимы с результатами, полученными с добровольными пациентами, если только условия освобождения устанавливаются не терапевтом, а кем-то другим.

Как правило, эти исследования показывают, что негативные ожидания и установки психотерапевтов и ведущих групп оказывают негативное действие на показатели успеха лечения. Эффективное взаимодействие с неохотно идущим на лечение пациентом может быть наилучшим показателем компетентности ведущего группы или психотерапевта. Недобровольные клиенты могут составлять большинство группы или же большую часть клиентуры психотерапевта, и тогда недостаточное обучение в области адекватного обращения с враждебностью клиента и его нежеланием лечиться может оказаться единственным и самым существенным фактором, приводящим к неуспеху лечения. Действительно, многим профессионалам просто недостает образования и тренинга, чтобы легко и умело обращаться с сопротивляющимися пациентами.

Важно подчеркнуть, что принуждение принимает множество тонких форм, и вовсе не обязательно должно быть таким очевидным, как давление со стороны работодателя или суда. Несчастливые супруги, беспокоящиеся друзья, озабоченные доктора и недовольные шефы все вместе зачастую используют незримое давление, которое заставляет людей, отягощенных множеством проблем различного рода, прийти на консультацию, даже если эти индивиды и не согласны с наличием у себя проблемы.

В данном случае предполагается, что индивиды, стремящиеся к психотерапии сами по себе, по своей собственной воле, скорее будут исключением, нежели правилом. Имея дело с подобными пациентами, ведущий группы должен знать, как пользоваться своими терапевтическими рычагами для обеспечения максимальной пользы от лечения.

Использование терапевтических рычагов

Ведущие группы должны осознавать, что алкоголики и наркоманы не откажутся от алкоголя или наркотиков до тех пор, пока боль и дисфория, которую они ощущают, не перевесят удовольствие и эйфорию, получаемые ими от употребления. Следовательно, алкоголиков и наркоманов нужно подтолкнуть к тому, чтобы они увидели, каким образом алкоголь и наркотики поражают важные области их жизни. Кроме того, ведущий группы должен понять, чему именно из чрезвычайно значимых вещей в жизни алкоголика или наркомана может угрожать продолжение пьянства или употребления наркотиков. Для некоторых это — работа. Для других — супруг или супруга, здоровье, семья, самоуважение. В некоторых случаях это может быть даже угроза тюремного заключения. Подобное знание важно, поскольку его можно использовать для побуждения или даже принуждения индивидов к использованию инструментов лечения, группы или АА. Поскольку алкоголь и наркотики поражают способность к суждению и в большинстве случаев хронического употребления вызывают временное, но достаточно серьезное когнитивное расстройство, многие пациенты не способны точно понимать, интерпретировать и воспринимать истинную природу своего состояния, и еще меньше способны принимать ясные, разумные решения, могущие оказать глубокое воздействие на их жизнь, семью, здоровье и работу. Для ведущего группы важно понимать необходимость использования терапевтических рычагов для того, чтобы вести алкоголиков или наркоманов через первые этапы лечения. Это необходимо до тех пор, пока пациенты сами не окажутся способными делать разумный выбор. Убедить пациентов попробовать сделать это так, как предлагает ведущий (под угрозой потери жены, работы, здоровья или под угрозой тюремного заключения) можно в смягченной форме, сказав члену группы, что если после года таких попыток им не подойдет этот способ, они могут попробовать по-своему.

Члены группы, обеспокоенные своим физическим состоянием, должны часто делать анализы и иметь возможность свободно консультироваться у доктора. Особенно важны анализы функционирования печени и неврологические исследования. Данные компьютерной томографии, говорящие о церебральной атрофии, несмотря на сложность и дороговизну, могут быть очень важной опорой для терапевтических рычагов, особенно в свете большого количества исследовательских данных, демонстрирующих обратимость этого состояния в случае длительной трезвости. Психологическое тестирование, особенно с акцентом на нейропсихологическую оценку, может предоставить пациенту свидетельство того же самого по гораздо более умеренной цене. Данные психологического и нейропсихологического тестирования могут быть даже более впечатляющими, поскольку они конкретны и имеют отношение к специфическому демонстрируемому поведению. Если показать алкоголику или наркоману, что его IQ и баллы по абстрактному рассуждению явно низки, то можно заметным образом повлиять на его мотивацию к воздержанию от дальнейшего употребления химических препаратов, особенно если предупредить пациента, что дальнейшее хроническое употребление может вызвать постоянное и необратимое повреждение мозга.

Если алкоголик или наркоман женат, или его личные отношения достаточно значимы, ведущий группы обычно обнаруживает, что в браке или в этих отношениях существует масса трудностей. Во многих случаях супруг (супруга) или угрожает разводом, или находится в процессе развода, или живет отдельно. Если брак или отношения важны для пациента, и особенно если супруг(супруга) не является таким же аддиктом, то это может оказаться важным терапевтическим рычагом. Муж или жена алкоголика (или значимый другой) также должны быть вовлечены в процесс лечения. Это особенно важно, если пациент госпитализирован и подвергается стационарному двадцативосьмидневному лечению. Участие в сессиях АА и совместной терапии не позволит супругу (супруге) или значимому другу (подруге) укрыться за самозащитным поведением, которое могло бы оказаться угрозой для терапии. Вклад такого человека может оказаться очень полезным для лечения, если использовать его правильно. Он или она может поддерживать алкоголика или наркомана, или предоставлять информацию и наблюдения, которые помогут укрепить терапевтические рычаги. Однако супругов следует научить не произносить угроз всуе. Поддерживать стоит лишь угрозу разделения или развода, если они действительно намерены сделать это. Такая позиция супруги или значимого человека часто может служить могущественной мотивирующей силой в процессе выздоровления химически зависимого субъекта.

Пациенты, переживающие из-за своего алкоголизма или наркомании трудности на работе, могут оказаться под чрезвычайным давлением, вынуждающим их к воздержанию. Особенно, если это давление исходит от работодателя. В этих обстоятельствах необходимо поддерживать контакт с работодателем, представителем EAP (программа помощи служащим) или с медицинским отделом компании. Что, разумеется, потребует от ведущего получения письменного согласия клиента на предоставление такой информации. Это гарантирует правовую защиту ведущего группы, но также, что не менее важно, и то, что это ясный терапевтический контракт, определяющий цели, мотивы и намерения ведущего группы. Цель этого контракта должна быть объяснена пациентам не в качестве угрозы их работе, а как ясное послание о том, что лечебная программа серьезно относится к их выздоровлению и ждет от них способности встретиться с последствиями своего поведения.

Пациентам должно быть разъяснено, что будут обсуждаться не подробности их личных откровений в процессе лечения и в группе, а лишь их прогресс в отношении употребления алкоголя или наркотиков. Это убедит членов группы, что конфиденциальность в областях, не связанных с их прогрессом в абстиненции от наркотиков или алкоголя, будет соблюдена. Для многих алкоголиков и наркоманов терапевтические рычаги, связанные с надежностью их места работы и рабочих навыков, оказываются самой мощной мотивирующей силой на всем протяжении курса лечения.

Точно такую же позицию можно занять, если алкоголик или наркоман направлен на лечение судом. Особенно если у него две или более судимости за появление в обществе в состоянии интоксикации или за вождение в состоянии интоксикации (DWI), или же вождение под воздействием [наркотических веществ] (DUI). Терапевтический контракт, установленный судом или заключенный офицером условного отбывания, может служить мощным стимулом для выздоровления. Использование групповой терапии в этих целях требует специальной адаптации группового формата. Однако, если такая адаптация выполнена успешно, группа оказывается предпочтительным способом лечения для направленных на него судом. Позднее в этой главе подобный формат будет описан и представлен более детально, поскольку в нем содержится возможность употребления всех техник (т.е., конфронтации, интервенции, принуждения, терапевтических рычагов), описываемых в этой главе.

Разумеется, очерк использования терапевтических рычагов, представленный здесь, поднимает множество важных вопросов относительно терапевтического контракта. Доверие является критическим фактором всех форм психотерапии и лечения. Во многих случаях доверие и терапевтический альянс окажутся серьезно скомпрометированными самой природой зависимости как болезни и теми обстоятельствами, что привели пациента к вступлению в группу или к началу лечения. Существует пара способов, которыми может воспользоваться ведущий, дабы избежать подводных камней, связанных с использованием рычагов в лечении. Если пациент находится в группе под эгидой медицинской службы или больницы, было бы полезным и благоприятным, чтобы кто-нибудь другой (кроме первичного терапевта или ведущего группы) выступал в роли лица, официально претворяющего в жизнь политику принуждения. Это позволит ведущим групп избежать слишком серьезной компрометации терапевтического альянса. Однако, ведущему следует четко определять границы терапевтического контракта. Необходимо ясно изложить членам группы, что групповой терапевт должен передавать информацию о прогрессе членов группы остальному персоналу больницы. После того, как пациенты прошли начальную часть лечения, ведущий может заключить новый контракт с группой и ее членами. Это будет особенно важно, если группа становится долговременной и амбулаторной. Однако, для некоторых людей может быть сложно, если не невозможно, доверять своему ведущему, если они чувствуют принуждение к лечению или манипулирование, независимо от того, насколько все это помогло им. Доверие и терапевтический альянс в таких случаях, скорее всего, невозможно установить или восстановить. В таких обстоятельствах вполне в порядке вещей будет направление группы или ее индивидуальных членов к другим ведущим.

В то время как использование терапевтических рычагов может создать некоторые трудности для ведущего группы, выигрыш от их применения с точки зрения эффективности лечения обычно перевешивает эту цену. Зимберг (Zimberg, 1980) схематически описывает, какие преимущества имеет такой подход, если его применение хорошо спланировано и терапевтично: «При благоразумном, соответствующем задаче, ненаказуемом и неосуждающем использовании терапевтические рычаги могут быть весьма эффективными для перевода алкоголика в более отзывчивое к терапии состояние. Однако, если подобными рычагами пользуется терапевт с серьезными проблемами контрпереноса, включая гнев и фрустрацию в адрес пациента, они могут разрушить терапевтические отношения. При работе с алкоголиком следует вести постоянное самонаблюдение, чтобы гарантировать, что конфигурация терапевтических рычагов будет способствовать выздоровлению алкоголика и облегчать этот процесс, а не удовлетворять потребность терапевта в успешном лечении, и не служить возмездием и наказанием за провокационное поведение алкоголика» (стр.112-113).

Конфронтация

Прежде, чем эффективно применять терапевтические рычаги в группе, ведущий должен понять замысловатое взаимодействие между назначением защитных механизмов алкоголика или наркомана и конфронтационными техниками, необходимыми для того, чтобы эти механизмы изменить. Защита всегда обусловлена некоей причиной. Ее нельзя слишком быстро убирать, или слишком серьезно противостоять ей во имя конфронтации как таковой. Общей аксиомой психотерапии является то, что защиты не должны подвергаться изменению до тех пор, пока пациенты не поймут полностью их цели и не разовьют в достаточной степени силу эго и альтернативные ресурсы, которые позволят им заменить прежние механизмы более конструктивными способами самозащиты от болезненных аффективных состояний. Однако, алкоголики или наркоманы способны убить себя или полностью разрушить поддерживающие системы, пока ведущий предоставляет им время, необходимое для того, чтобы они самостоятельно все уразумели. Это тот момент, когда ведущий группы должен изменить свою нормальную позицию поддержки и безусловного притяжения. Конфронтация — один из методов, которые ведущий может использовать в работе с ригидными, самодеструктивными защитными процессами алкоголика или наркомана. Однако, сначала должны быть поняты и по достоинству оценены параметры и ограничения конфронтации.

По контрасту с эмпатическими прояснениями и интерпретациями, имеющими дело с тем, что пациенты говорят ведущему и как они это подают, конфронтация направлена на то, чего они не осознают или что отрицают. Конфронтации оказываются более эффективными, когда они направлены на что-то, к чему пациенты могут или должны обратиться, но не делают этого, поскольку сознательно или бессознательно этого избегают. Пациенты, описывающие случаи из жизни, опуская при этом чувства, или те, чьи описания того или иного инцидента заметно напоминают предыдущие эпизоды их жизни, или те, что демонстрируют расхождение между мыслями, чувствами и действиями — первые кандидаты на конфронтацию, которая вполне может помочь им прогрессировать, выходя из своего тупика.

Если вы, как ведущий группы, будете сочувствовать лишь боли и страданию алкоголика или наркомана, тогда вы рискуете усилить систему их отрицания или самообмана. Вы должны также быть способными эмпатически воспринимать их отрицание того факта, что их страдания и боль в большой степени обусловлены отказом бросить употребление химических препаратов. Ведущий должен помнить, что эмпатия — это не согласие, и не говорение или делание того, что пациент хочет или надеется услышать; неизбежно наступают такие критические моменты группового процесса, когда для того, чтобы облегчить и ускорить значительный шаг в процессе изменения, ответственный ведущий возьмет на себя хорошо выверенный риск конфронтации с членом группы посредством болезненной правды, чутко контролируя собственные контртрансферентные чувства. На самом деле, риск можно считать просчитанным, если только ведущий говорит с таким внутренним убеждением: «По моему мнению, сейчас ты уже готов встретиться с этой темой, этой правдой о себе. Я, как ведущий группы, готов взять на себя ответственность и противостоять тебе, и я верю в силу наших отношений и в твою способность принять это». Если конфронтация проводится в контексте такого отношения, а не мотивирована фрустрацией или гневом ведущего, то, скорее всего, она окажется эффективной. Как сказал Луис Ормонт (1985): «Если вы любите своих пациентов, и они это чувствуют, вы можете сказать им все, что угодно». Примененные подобным образом конфронтации разительно отличаются от того способа, каким их обычно использовали в лечении зависимостей. Исторически способ применения конфронтационных техник в групповой терапии эволюционировал из работы терапевтических сообществ, свободных-от-наркотиков, таких, как Day-Top (Дэй Топ) или Synanon (Синанон), и большей частью проводился бывшими аддиктами. Изначальное намерение заключалось в передаче следующего послания: если бы мы не заботились и не волновались о тебе, мы бы не утруждали себя указанием на нечто такое, что может спасти тебе жизнь. Однако, как и любая терапевтическая техника, примененная слишком ревностно, конфронтация может иметь антитерапевтические последствия, особенно когда она превращается в терапию атаки (Rachman и Heller, 1974). Как предупреждают Рэчмен и Хеллер, конфронтация становится «терапией атаки», когда:

1. В атмосфере конфронтации люди часто подвергаются психологическому нападению. Индивиды, реабилитированные после злоупотребления различными веществами, могут заплатить за это ценой потери достоинства, свободы не соглашаться, или своим чувством независимости и возможностью думать, чувствовать или поступать своим уникальным способом.
2. Существует распоряжение подчиняться прямому, жёсткому поведенческому коду и философии, известной как «концепция».
3. Конфронтация часто используется до того, как развился рабочий альянс.
4. Ощущается недостаток терапевтической гибкости, так что разнообразные полезные интервенции не объединены и не интегрированы с конфронтацией.
5. Развивается ритуальное взаимодействие, в ходе которого участники конфронтируют друг друга снова и снова, без наступления подлинного внутреннего изменения.

Как предупреждают Рэчмен и Хеллер (1974), члены группы научаются «участвовать в игре» в ответ на атаку. Они адаптируются, допуская нарушения границ поведения, лишь бы отделаться от персонала и ведущего. Исключительное использование конфронтаций провоцирует усиление напряженности, гнева, враждебности и негодования в ущерб эмпатии, заинтересованности и заботе.

По контрасту с этой картиной, Роболт (Raubolt, 1974) рекомендует устанавливать атмосферу «заботливой конфронтации» в соответствии со следующими правилами:

1. Конфронтация и установление границ необходимы, когда импульсивность индивида выходит из-под контроля. Конфронтация используется для того, чтобы счистить несколько слоев защиты от осознания деструктивного эффекта злоупотребления веществом.
2. Использование в качестве агентов изменения скорее равных себе, а не традиционных авторитетных фигур.
3. Понимание того факта, что зависимость часто включает в себя образ жизни и идентичность, зачастую полностью поглощающие индивида.
4. Настояние на том, что прежде, чем сможет произойти личностное изменение, нужно добиться абстиненции и сфокусироваться на поведенческих аспектах приема алкоголя или наркотических веществ.
5. Настояние на том, чтобы индивиды взяли на себя ответственность за свое саморазрушительное и химически-ориентированное поведение.
6. Использование языка, свободного от технических терминов, в обсуждении психологических вопросов и способов функционирования личности.

Конфронтацию может осуществлять не только ведущий группы. Товарищи и другие члены группы вполне могут конфронтировать друг друга, особенно когда атмосфера, созданная ведущим, позволяет и даже поощряет конфронтацию. Это может обладать как благоприятным действием, так и нести с собой вредные последствия, в зависимости от того, является ли групповой климат «терапией атаки» или «заботливой конфронтацией». Уоштон (Washton, 1992) предлагает знакомить членов группы со следующими правилами, чтобы помочь им как понять цель конфронтации, так и стать более восприимчивыми к ней.

Правила эффективной конфронтации

1. Конфронтация определяется как предоставление кому-либо реалистичной обратной связи по поводу его поведения, как вы его видите — в процессе, в котором вы «держите зеркало» перед человеком, чтобы дать ему/ей понять, как он/она выглядит в глазах окружающих, и это вовсе не «покушение на характер».
2. Конфронтация оказывается особенно полезной, если все высказанное произносится с эмпатией, заинтересованностью и заботой, уважительным тоном.
3. Конфронтация является описанием того, что вы наблюдали, с примерами сомнительного поведения; она исключает догадки, объяснения, интерпретации, советы и критику поведения человека.
4. Конфронтация включает в себя указание на то, что вас беспокоит в опасном, самопораженческом поведении человека и, если это возможно, пример подобного поведения из вашего собственного опыта (с.514)

Если следовать этим указаниям, они могут помочь ведущему избежать некоторых возможных трудностей, связанных со слишком враждебными членами группами — носителями ошибочной мысли том, что унижение и агрессия являются приемлемыми способами для того, чтобы принудить сопротивляющихся членов группы к столкновению с реальностью. Уоштон, описывая возможные злоупотребления чрезмерной конфронтацией, предупреждает ведущих о необходимости контроля за ее применением в группе:

«Члены группы обычно менее терпимы к негативным установкам и умничанью, чем ведущие, особенно если такое поведение напоминает им собственное. Наиболее вероятной мишенью для атаки оказываются те члены группы, которые часто срываются, те, что остаются дерзкими, поверхностными или неискренними, или те, что умаляют собственные проблемы и не способны по-настоящему присоединиться к остальным членам группы.

Иногда ведущие испытывают амбивалентные чувства по поводу целесообразности остановки атак на тех членов группы, которые имеют большие проблемы, на которые раньше закрывались глаза, и обращение к которым давно запоздало. Ведущий никогда не должен позволять, чтобы непопулярный, фрустрирующий, сопротивляющийся или же слишком нарушенный член группы превращался в козла отпущения или же был из-под палки заставлен своими товарищами что-либо сделать, даже если содержание того, что было сказано, абсолютно точно соответствует действительности. Грубая чрезмерная конфронтация не должна использоваться как средство вытолкнуть отдельных членов из группы и воспрепятствовать их возвращению» (1992, стр.514).

Если конфронтация проведена правильно, она принесет в сознание пациента новое понимание. Однако, если конфронтация оказывается карательной или атакующей, то она только поднимает уровень защиты и увеличивает сопротивление. В некоторых случаях (как, например, с пассивным, послушным пациентом) некоторая выгода в этой тактике есть, потому что она делает очевидным то, что иначе пациент предпочел бы скрывать, таким образом, ясно показывая, что скрываемое являлось основным ингредиентом и компонентом эффективной конфронтации. Следовательно, терапевты оказываются более успешны, когда они сводят свои конфронтации к наблюдаемым событиям, которые оказываются очевидными для пациентов, как только на них указывают. Если ведущий не придерживается явных фактов или неправильно оценит точность наблюдений, конфронтация потеряет силу и воздействие. Конфронтация как утверждение о факте становится гораздо более мощным орудием, и ее никогда нельзя путать с гипотезой о мотивах или о поведении пациента. К примеру, конфронтация со стороны ведущего группы, говорящего алкоголику: «Я думаю, что ты алкоголик, потому что ты слишком много пьешь», предлагает вниманию пациента лишь субъективное мнение, в лучшем случае предполагающее правдоподобную гипотезу о поведении человека. Это относительное утверждение, которое можно оспорить, поскольку то, что для одного человека может быть тяжелым пьянством, другому может показаться умеренным употреблением. Такое утверждение не базируется на наблюдаемых фактах и, вероятно, может вызвать у задетого индивида противодействие субъективному мнению ведущего. Однако, ведущий может провести гораздо более надежную конфронтацию, если сфокусирует свои наблюдения на демонстрируемых фактах. К примеру, ведущий в этой же ситуации мог сказать:

«Для тебя может быть полезным осторожно и реалистично подойти к последствиям своего пьянства. Твоя жена разводится с тобой, потому что ты становишься невыносимым, когда пьешь. Тебя дважды арестовывали, что стоило тебе колоссальных денег из-за непомерных выплат адвокатам и возросших страховых выплат. Твой шеф грозит выгнать тебя, потому что эффективность твоей работы и посещаемость серьезно страдают от твоих пьянок на выходные. Это уж точно не нормальное питье. Такой набор трудностей говорит о том, что ты можешь быть алкоголиком, или же, если тебе некомфортно с этим словом — человеком, у которого серьезные проблемы с выпивкой».

Разница между двумя этими конфронтациями очевидна. Первая может быть названа субъективной, предвзятой и самоуверенной. Вторая оперирует наблюдениями и фактами, которые невозможно отрицать. Даже несмотря на то, что второе утверждение высоко конфронтационно, оно не выражает гнева или неуважения. Конфронтации никогда не должны производиться за счет целостности или достоинства пациента. Правильно осуществленная конфронтация никогда не ранит человека, хотя может вызвать довольно болезненное осознание. Ведущие групп, которые «разносят в пух и прах» пациентов «для их же блага», должны тщательно исследовать альтернативы. В большинстве случаев они обнаружат, что существуют более эффективные способы донести ту же самую информацию без какого бы то ни было ущерба для действенности переданного послания. Пример поможет прояснить сказанное.

Джон, мужчина тридцати одного года, злоупотреблявший приемом разнообразных наркотиков, начал лечение из-за все возрастающих сложностей и беспокойства, связанного с увеличением доз наркотиков и алкоголя. Его вторая жена инициировала процедуру развода, а он начал замечать серьезные физические осложнения (т.е., потерю памяти, дрожь, судороги, алкогольный делирий), имеющие прямое отношение к употреблению наркотиков и алкоголя. Проведя две недели в терапевтической группе, которая встречалась ежедневно, он начал становиться все более разговорчивым, тогда как вначале сидел тихо и пассивно, пока прояснялось его мышление и стабилизировалось физическое состояние. По мере того, как он набирал силу и трезвость, к нему возвращались его обычные защитные маневры. Он стал доминировать на групповых встречах, утомляя всех своими бесконечными, сумбурными рассказами о странных событиях и обстоятельствах своей жизни. Ведущий со всей тщательностью установил, что эта проблема требует внимания и корректировки, поскольку такое поведение не просто наносит вред группе, но является защитным маневром, который отдаляет других от Джона; кроме того, в этом же заключалась серьезная жалоба его жены. Предоставленный самому себе, Джон долгие месяцы приходил бы к осознанию этого. В начале следующей сессии Джон пустился в подробный рассказ о своей сестре, описывая ее как «большое трепло» и, казалось, готов был вновь разыграть спектакль, которым он потчевал группу две последние встречи. В середине его рассказа ведущий кратко прервал Джона, сказав: «Джон, извини меня на секундочку, но прежде, чем ты продолжишь, я бы хотел задать тебе вопрос». Джон незамедлительно замолчал, его любопытство было возбуждено вопросом ведущего. В это время тот, мягко конфронтировав Джона, сказал: «Я задаю этот вопрос со всем уважением к тебе, Джон, и надеюсь тебя не обидеть: а она — единственное трепло в вашей семье?» Джон остановился и на секунду задумался, потом расхохотался, и с улыбкой, вызванной осознанием своего поведения, сказал: «Да уж, теперь, когда ты это сказал, я понял, что, пожалуй...». Остальная группа посмеялась вместе с Джоном; все начали делиться тем, что тоже заметили его склонность к непродуктивной болтовне, но не хотели ничего говорить: он был таким тихим две предыдущие недели, что все боялись — скажи они что-нибудь, и Джон вновь спрячется в свою раковину. Дальнейший обмен репликами среди членов группы привел к осознанию тех способов, с помощью которых он и другие использовали слова для сокрытия своих настоящих чувств. Вследствие этой конфронтации, продуктивное исследование страхов и защит участников происходило на протяжении всей этой сессии, вплоть до конца.

В этом примере ведущий мог бы легко вступить в конфронтацию с Джоном раньше, или сделать это прямее. Такое утверждение, как «Вот это как раз и есть треп», было бы гораздо более провокативным и бьющим в цель. Однако, такое утверждение, вероятнее всего, обидело бы Джона, разозлило бы его и привело к уходу из группы. Кроме того, оно задало бы в группе такой тон, последствия которого для открытости, доверия и безопасности были бы далеко идущими и зловещными. Также этот пример ясно демонстрирует, что конфронтации не должны производиться в гневе или с целью наказания. Благоразумно примененная интервенция, с оттенком юмора и иронии, может быть такой же (если не более) продуктивной, как та, что произнесена в слишком твердой, провокативной или же догматической манере.

Целенаправленная, намеренная конфронтация должна быть тщательно взвешена, прежде чем применить ее в группе, состоящей из алкоголиков и наркоманов. Они обычно пользуются своими защитными механизмами как средством обезопасить себя от болезненных аффективных состояний, связанных с глубоким чувством стыда, низкой самооценкой, избыточным внутренним самобичеванием, омерзением и ненавистью к самим себе. Поэтому преждевременная или неподходящая конфронтация с этими защитными механизмами может возыметь обратный выздоровлению эффект. Если в своих конфронтациях ведущий группы ограничивается лишь паттерном поведения алкоголика или же сопутствующим кругом поведенческих механизмов, то на ранних этапах лечения этого человека он должен избегать опасностей, связанных с подходом «дробовика», типа «стреляй во все, что движется». Ведущий будет стоять на более твердой теоретической почве, если будет следовать аксиоме, гласящей, что обращение с защитными механизмами выздоравливающих или активно употребляющих алкоголиков и наркоманов должно быть иным, чем с защитными механизмами неаддиктивных индивидов. Поскольку необходимо мощно конфронтровать с употреблением алкоголя или наркотиков и всеми защитными операциями, связанными с этим употреблением, то отсутствие конфронтации с другими защитами и демонстрация эмпатического понимания и поддержки, смягчение чувств, не связанных с употреблением, будет гораздо полезнее. Многие очевидные непоследовательности и ригидные защиты недавно вступившего на путь выздоровления или же активно употребляющего алкоголика или наркомана, возможно, будут требовать терпимого отношения со стороны ведущего до тех пор, пока эти люди не станут готовыми взглянуть на эти темы более реалистично и честно. Терапевту следует придерживаться многие из своих конфронтаций до тех пор, пока он не почувствует большую уверенность в том, что наркоман или алкоголик способен выдержать их без срыва и отступления в дальнейшее употребление алкоголя или наркотиков.

Ведущий группы, работающий с аддиктами, должен поддерживать тонкий баланс конфронтации и поддержки. Слишком большая поддержка только поощрит некоторых из них к продолжению употребления алкоголя или наркотиков. Преждевременная и неподходящая конфронтация, с другой стороны, может спровоцировать срыв или возрастание дерзкого сопротивления у других. К сожалению, неуместные или несвоевременные конфронтации не всегда исходят от ведущего. Таким образом, важно, чтобы ведущий был искусен в ведении и управлении конфронтациями, возникающими между членами группы. Иногда точная и эмпатическая конфронтация, исходящая от кого-нибудь другого, может оказать гораздо более выраженное воздействие на пациента. Однако, обычно больше шансов на то, что конфронтация другого члена группы будет деструктивной, поскольку она часто бывает вызвана гневом. Если, когда такая конфронтация происходит, ведущий способен быстро ответить, то он сможет провести взаимодействие так, чтобы оно не было вовсе лишено заботы и поддержки. Пример поможет нам проиллюстрировать вышесказанное.

Фред, незрелый и высокомерно-дерзкий девятнадцатилетний ветеран, был откомандирован Американской Армией для участия в стационарной реабилитационной программе для наркоманов больницы Администрации по делам ветеранов. Несколькими месяцами ранее он был досрочно демобилизован (на очень почетных условиях) в связи с повторяющимися дисциплинарными проблемами, вызванными употреблением наркотиков. В течение трех недель пребывания в больнице он неизменно оставался дерзким, гневным и оппозиционным. На десятой встрече дневной стационарной группы ведущий заметил, что Дейв, другой участник, покачивает головой и свирепо смотрит на Фреда, продолжающего одно из своих частых разглагольствований о врожденной злобности и несправедливости персонала, докторов и всей американской армии в целом. В конце ежедневной тирады Фреда ведущий тихо спросил Дейва — крупного, дюжего, очень уважаемого и даже вызывающего некоторый страх тридцативосьмилетнего ветерана Вьетнама, — что он чувствовал в связи с высказываниями Фреда. Дейв, никогда не выбиравший выражений, ответил: «Да это просто куча дерьмовой жалости к себе, вот что я вижу». Поскольку Дейв, наркоман, сидящий на внутривенном героине, вызывал большое уважение и страх всех остальных ветеранов отделения, Фред был захвачен врасплох его комментарием. Вместо того, чтобы остановить конфронтацию на этом моменте, ведущий спросил Дейва, кого Фред ему напоминает. Дейв, сначала пораженный вопросом, все же быстро ответил: «Ты гонишь, как я девятнадцать лет назад и, мужик, если ты не изменишь своего отношения, ты и кончишь, как я — наркоманом, или сдохнешь, или сядешь». По мере того, как ведущий исследовал обмен репликами между Дейвом и Фредом, становилось все более очевидным, что за гневным противостоянием Дейва крылось много беспокойства. Несмотря на то, что это было нечто, не очень характерное для Дейва, он продолжал демонстрировать мягкую, заботливую сторону себя Фреду и группе. Это смягчило изначальную резкость его конфронтации и сделало ее гораздо более приемлемой для Фреда. Подобная конфронтация утратила бы большую часть своей эффективности, если бы исходила от ведущего, или если бы была остановлена на первоначальном заявлении Дейва. Исследования причин, стоящих за конфронтацией, привели Фреда к такому осознанию себя, которым он ранее не обладал.

Конфронтации, проведенные подобным образом, могут быть очень эффективными. Но ведущий должен помнить, что конфронтация не есть вещь в себе. Её нужно применять стратегически, и когда она используется в союзе с другими клиническими приемами и знаниями, она может значительно улучшить качество работы с отрицанием и сопротивлением лечению. Конфронтация не всегда должна быть прямой или лишённой теплоты и заботы. Парадоксальные интервенции, использующие преимущества метафор, юмора, иронии и задействование противонаправленных сил, позволяют ведущему пребывать в теплом, эмпатическом состоянии, в то же время возлагая ответственность за изменения прямо на плечи алкоголика или наркомана, где она и должна находиться, что снижает фрустрацию ведущего и делает лечение более эффективным. Трезвость и абстиненция невозможны, если алкоголик или наркоман не подготовлен к принятию ответственности за это изменение. Конфронтации работают только тогда, когда они являются мотивирующими и фасилитирующими по своей природе. Ведущий не может и не должен заставлять или пытаться заставить алкоголика или наркомана измениться. В такой борьбе не выигрывает никто. Наркоман или алкоголик находит другой предлог для продолжения приема химикатов, а ведущий лишь оказывается все более фрустрированным и обескураженным.

Мы надеемся, что обсуждение конфронтации в этой главе прояснило некоторые критически важные места касательно природы и адекватного использования конфронтаций в групповой терапии. Конфронтации, так же, как хорошие интерпретации и разъяснения — это попытки привести пациентов к осознанию поведения, которого они раньше не осознавали. По мере того, как они развивают более точное и реалистичное понимание самих себя, могут быть исследованы защиты, которыми они пользуются, и причины их использования. Во время работы с алкоголиками или наркоманами сдвиг от ясного осознания своего пьянства и наркомании к пониманию своих защитных механизмов и причин, лежащих в основе их использования, может занять месяцы, а в некоторых случаях и годы. При работе со многими алкоголиками или наркоманами бессознательные мотивы их поведения не должны исследоваться до тех пор, пока они не достигнут достаточной трезвости и эмоциональной и жизненной стабильности, чтобы справиться с этим осознанием. Это наиболее значительный и важный момент, который должен быть усвоен групповым терапевтом, работающим с химически зависимыми пациентами. Переход от конфронтации (которая ограничивается поведением, установками и действиями, имеющими прямое влияние и связь с поддержанием трезвости) к более глубокому изучению подсознательных мотивов, стоящих за всеми защитными действиями — это стратегическое решение, которое должно быть тщательно взвешено для каждого отдельного пациента. Некоторые будут готовы к такому сдвигу в лечении довольно быстро, другим потребуется значительно больше времени.

Как только ведущий почувствует, что выздоравливающий алкоголик или аддикт способен иметь дело с исследовательской формой психотерапии, он может перевести последнего в более продвинутую группу, или же изменить фокус данной группы.

Принцип перевода бессознательного в сознательное изначально был провозглашен Фрейдом. «Там, где было ид, должно стать эго» (Фрейд, 1936, стр.80), — это положение ясно обобщает позицию Фрейда в психотерапии. Психотерапевт или ведущий группы должен донести до осознания пациента (эго) то, что прежде было подсознательным (ид). Однако, Фрейд никоим образом не намеревался делать обращение бессознательного в сознательное конечной целью психотерапии. Другими словами, конфронтация не должна выполняться во имя конфронтации. Еще раз, словами Фрейда: намерение психоанализа заключается в том, чтобы «укрепить эго, сделать его более независимым от супер-эго, расширить его поле восприятия и увеличить его организованность — так, чтобы оно могло усваивать новые порции ид» (1936, стр.80). Так или иначе, Фрейд предполагал, что помощь пациентам в осознании собственного бессознательного зависит от укрепления их способности (силы эго) выносить это осознание.

Это точное описание стратегической позиции, которую должен занять ведущий, работающий с группой алкоголиков или наркоманов. Нужно также иметь в виду, что от самого по себе взрослого осознания бессознательного не следует ждать изменений поведения. Эксплицитная цель конфронтации, а в конечном счете и интерпретации — это перевести мысли и чувства, которые человек не осознает и не может контролировать, в сознание, где человек сможет исследовать их, поразмыслить над их отношением к другим мыслям и чувствам, и взять их под некоторый сознательный контроль — в той степени, в которой они влияют на поведение. Для того, чтобы выполнить эту задачу, ведущий должен научиться тому, как менять свою тактику в группе с позиции конфронтации к интерпретации и поддержке.

Еще один ингредиент, абсолютно vitalный для ведущего, который хочет помочь алкоголикам или наркоманам в работе по более точному осознанию их бессознательных мотивов — это здоровое, информированное, недвусмысленное и расслабленное отношение к алкоголю, питию, пьянству, алкоголизму и наркотикам. Ведущий группы, наиболее эффективно работающий с алкоголиками и наркоманами — это тот, кто обладает способностью глубоко делиться с другими, и кто относится к этим другим с надеждой. Некоторые люди, похоже, обладают естественной способностью глубоко чувствовать тех, кто эмоционально и физически уязвлен. Эту способность к эмпатии можно культивировать путем самоосознания, но невозможно выучить как технику или ремесло.

Однако, существуют еще и хорошие, солидные, базовые коммуникационные навыки, которыми ведущие должны обладать, прежде чем они смогут надеяться на реалистичное общение с химически зависимым пациентом. Во-первых, прежде чем делать какие бы то ни было попытки объяснить психологическое состояние человека во время эмоционального кризиса и физической болезни, необходимо сделать некоторые допущения. Эмоциональные волнения и телесные недуги зачастую рассматриваются как причины и следствия. Это основано на ошибочном предположении, что люди состоят из двух фундаментально различных субстанций — разума и тела, и что две эти субстанции каким-то образом влияют друг на друга. Сейчас модно обходить досадную проблему дуализма сознания и материи. Допущение, принятое психоанализом, состоит в том, что базовое единство, реагирующее на стимулы — это не разум и не тело, но организм в целом. Ни один элемент не преобладает над другим. Событие, огорчающее эмоционально, может вызвать физическое расстройство, а физиологическое нарушение закончится эмоциональной реакцией.

Общаясь с алкоголиком и наркоманом, следует учитывать характер их зависимости и соблюдать фундаментальные принципы техники интервью. Ведущий должен обращать внимание скорее на форму и стиль того, что говорит пациент, нежели на содержание. Умение слушать — это искусство. Р. Д. Лэинг (1972) предлагает использовать при консультировании пациента понятие паралингвистики. Обращайте внимание не только на то, что сказано, но и на то, как это сказано, на то, что опущено, на жесты, манеры, выражение лица и тому подобное. Общение с пациентами, аддиктивны они или нет, должно включать в себя нечто большее, чем просто язык. Алкоголик или наркоман в возбужденном эмоциональном состоянии может быть чрезвычайно восприимчивым к скрытым планам ведущего. Если пациенты верят, что результат их реабилитации волнует его больше как отражение его профессиональных возможностей, а не является подлинным, искренним беспокойством за пациента, лечению и выздоровлению может быть нанесен ущерб.

Психоанализ оперирует двумя базовыми принципами — подавление и вытеснение. Косвенные методы интервьюирования проявляют не только важные фантазии индивида, но также ход его мыслей. Что, таким образом, позволяет пациенту строить свободные ассоциации, то есть наблюдать и сообщать все идеи, проносящиеся в его сознании. Если ведущий слишком часто перебивает, или привносит слишком много собственных идей в поток ассоциаций, то этот поток может быть загрязнен или искажен, и подспудный мотивирующий фактор не будет выявлен. И действительно, благодаря нормальному нежеланию любого из нас раскрывать все свои мысли и фантазии, подлинное свободное ассоциирование — редко достижимый идеал. Более того, наблюдение за тем, в какой области пациент, кажется, удерживает идеи и сопротивляется неестественному потоку мыслей, предоставляет важную информацию о его (или ее) личностной структуре в целом.

Ведущий должен удерживаться от нетерпеливого прерывания, преждевременных интерпретаций или личных реминисценций. Он должен знать, когда хранить молчание, даже если пациенты тоже молчат, чтобы позволить им сказать то, что они хотят сказать — по-своему, в своем ритме.

В то же время, ведущий должен наблюдать за поведением пациентов — за их движениями, жестами, тоном голоса, телесными проявлениями аффектов — в поисках ключей к областям эмоциональных конфликтов. Ведущий должен знать, что и когда говорить. Содержание вопросов зависит от знания того, какие темы пациенты готовы обсуждать, а выбор времени для них — от того, какой момент подходит для такого обсуждения.

Ведущий должен также знать, чего не говорить. Он должен знать, когда дать совет, а когда мудрее промолчать. Он должен чувствовать, когда пациенты готовы общаться. Он должен знать также, когда подбодрить и поддержать пациентов, чтобы уменьшить невыносимую тревожность, а когда провоцировать ее, чтобы процесс общения продолжался. Слишком часто терапевты чересчур озабочены рациональным зерном того, что они стремятся донести до пациентов, упуская скрытые ключи, указывающие на возможные реакции и страхи последних.

Отчеты и находки многочисленных исследований указывают на то, что программы лечения, которые подчеркивают роль ин-сайт-ориентированной терапии с алкоголиками или наркоманами, не столь успешны или эффективны, как терапия, базирующаяся на подходе АА. Вне зависимости от избранного вида лечения, общение и психотерапия должны все же оставаться неотъемлемой частью процесса реабилитации алкоголиков и наркоманов. Успешное лечение зависимости требует кооперации специалистов различных дисциплин. Хотя полное исцеление невозможно, аддикция может быть приостановлена, и групповая терапия остается одним из апробированных подходов к ее лечению. Под надлежащим руководством групповая терапия может улучшить процесс выздоровления алкоголика или наркомана.

Интервенция

Ведение группы алкоголиков или наркоманов, чье отношение к абстиненции остается двойственным, и которые неохотно признаются в том, что их болезнь является для них проблемой — в своем роде уникальная черта лечения от алкоголя или наркотиков. Представление о том, что алкоголики или наркоманы должны достичь дна, что они должны пережить экзистенциальный кризис в жизни, прежде чем действительно сможет начаться реабилитация — популярная максима в лечении аддиктов. Проблема кризиса, его признания, его последствий и проявлений, и методы интервенции, которые должны использоваться в лечебном подходе — все это важные факторы, которые ведущий должен принимать во внимание. Но прежде, чем терапевт ринется в процесс лечения, он должен осознавать те игры и тактики, которые таковой процесс часто в себе заключает. Штайнер признает, что игры алкоголиков являются неотъемлемой частью их болезни. Он утверждает, что люди выбирают для себя роли в раннем возрасте, и что эти роли могут превратить их в алкоголиков. Он предупреждает также, что некоторые формы лечения могут принести больше вреда, чем пользы. Он пишет:

«Работа терапевта заключается в первую очередь — и это самое важное — в том, чтобы не играть в «игру алкоголика». То есть, он не должен играть ни одну из этих ролей — Преследователя, Спасителя, Простака, Посредника — дабы ему самому не пришлось обеспечивать пациента выигрышем. Это насущная необходимость терапии алкоголизма ... как только терапевт видит, что саморазрушительное пьянство является не результатом дефекта эго, а произвольным стратегическим маневром для достижения определенных целей, он становится гораздо более способным к тому, чтобы лечить алкоголиков» (Steiner, 1971; стр. 38).

Несмотря на то, что сам Штайнер не признавал модели алкоголизма как болезни, он, тем не менее, мог дать ведущим хороший терапевтический совет. Наиболее важная его рекомендация заключается в том, чтобы они принимали меры предосторожности, предотвращающие надувательство со стороны алкоголиков или наркоманов. В то время как алкоголики или наркоманы в действительности могут быть физиологически зависимыми от своих наркотиков или этанола, в игру вступает и социальное научение, а жизненные сценарии действительно играют значительную роль в их болезни. Если, как утверждает Штайнер, алкоголики и наркоманы отыгрывают жизненный сценарий, то заставить их идентифицировать свою проблему и допустить, что их сценарий деструктивен и негоден — вот что оказывается ключевым ингредиентом успешного лечения. Как только аддикты и алкоголики встречаются лицом к лицу с тем, что они не способны контролировать потребление наркотиков и выпивки, и что именно это является причиной их проблем, они вполне в силах выбрать новый жизненный сценарий. Выбор продолжает оставаться критической точкой. Алкоголики или наркоманы должны взять на себя ответственность за свои действия и на самом глубоком, «нутряном» уровне решить изменить свою жизнь. «Всякий раз, когда вы пытаетесь спасти алкоголика», — предупреждает Джонсон, — «вы откладываете полезное лечение» (1973, стр.59). Обычно пойти на такой выбор алкоголик или наркоман отваживается лишь в результате жизненного кризиса. Джонсон продолжает: «Когда вы изучаете жизнь тех, кто утверждает, что страдал этим, вы обнаруживаете, что именно нарастание кризиса вынудило их взглянуть на реальность своего положения. Единственный путь обратно к реальности проходит через кризис» (стр.59) Но Джонсон предупреждает, что бессмысленно и опасно ждать того момента, когда алкоголик или наркоман дойдут до дна. Кризис, избежать которого алкоголику или наркоману все пытались помочь, может в действительности быть использован для прорыва через их защиты. Для того, чтобы остановить спираль, ведущую вниз — к смерти — часто требуется акт интервенции. Вернон Джонсон экспериментировал с полезными альтернативными методами использования кризиса на ранних стадиях болезни. Ведущий группы, говорит Джонсон, должен настроиться на крик о помощи и осознать его. «Кризис не нужно выдумывать или создавать проблема состоит в том, чтобы консультанты обладали достаточными знаниями для того, чтобы творчески его использовать» (стр.59).

Последние свидетельства в общем поддерживают использование интервенций, которые акцентируют значимость работы и судебных решений, а не семьи. Вернон Джонсон соглашается: «Согласно первому принципу интервенции, служащий рангом выше или босс оказываются наиболее фундаментальными фигурами. Так что босс может устраивать конфронтацию вместо члена семьи» (1973. стр.98).

Значимость интервенций в лечении алкоголиков и наркоманов была давно признанным требованием для тех, кто знаком с ранней историей Анонимных Алкоголиков. Анри Тиебу (Henry Tiebout, 1961), пожизненный член Американской Психиатрической Ассоциации и бывший президент Американского Совета по Алкоголизму, много писал о важности интервенции в жизни алкоголика. Поскольку зависимость стремится как изолировать индивидов, так и привести их ко впадению в ригидные, грандиозные, нарциссические защиты, интервенция несет в себе важное послание из реального мира. По словам Тиебу, она информирует людей о том, что их действия и поведение имеют последствия. Поведение алкоголика ставится в нужную перспективу, и до него твердо доводится сообщение о том, что он больше не может существовать в блаженном эгоцентризме. Интервенция, предпринятая должным образом, помогает объективному проникнуть через отрицание. Терапевт, желающий совершить интервенцию, передает важное послание. Терапевт — это кто-то, кому до тебя достаточно дела, чтобы указать на болезненную правду, и кто достаточно силен для вмешательства; кроме того, терапевт доставляет послание о том, что он (или она) — это сила, это объективная репрезентация реальности, с которой необходимо считаться.

Интервенции — это способ заставить алкоголика или наркомана стремиться к лечению, потому что употребление ими алкоголя и наркотиков обладает необратимыми психологическими, физиологическими и социальными следствиями, не говоря уже об осложнениях в браке, на работе и в отношениях с правоохранительной системой. Наряду с эффективными программами помощи служащим, есть еще один источник ранней идентификации и интервенции — это система уголовного права. Это особенно верно для тех, кто познакомился с ней в результате пьяного вождения (DUI или DWI). Использование интервенций с таким контингентом требует особых подходов в связи с динамиками, характеризующими этот подход. Хотя их применением руководят общие принципы интервенции, модель для их использования с пьяными водителями будет здесь представлена и тщательно обрисована. Для начала будут обсуждены причины использования этого подхода к правонарушителями ВСИ («Вождение в состоянии интоксикации»), поскольку это поможет объяснить теоретическое основание, на котором зиждутся все модели эффективных интервенций.

Вождение в состоянии интоксикации (ВСИ) и интервенция

После долгих лет работы с алкоголиками и наркоманами опытные профессионалы начали понимать, что существует множество факторов, которые (каждый по-своему и все вместе) вносят свой вклад в негативные ожидания и незавидное отношение к реабилитации алкоголиков или наркоманов в тех случаях, когда эти люди оказываются предоставленными сами себе, и опираются лишь на собственные ресурсы в решении вопроса о необходимости лечения.

Согласно свидетельствам, собранным программами интервенции, ориентированными на семью и работу, есть указания на то, что программы ВСИ могут предоставить идеальную возможность для постановки диагноза и начала эффективного лечения на ранней стадии. Возможно, наиболее значимо то, что подавляющее большинство задержанных пьяных водителей ранее не лечились от проблем, связанных с алкоголем (Scott, 1970). Программы безопасности на дорогах рассматриваются как еще один чрезвычайно эффективный метод ранней идентификации индивидов, испытывающих проблемы с алкоголем и наркотиками — на том этапе, когда есть большой шанс для эффективного лечения и успешной интервенции. Национальная Конференция по ВСИ (1976) пришла к следующим заключениям и рекомендациям Конгрессу:

1. Лечение — это дополнение к юридической ответственности алкоголика.
2. Свидетельства указывают на то, что для удержания активной вовлеченности алкоголиков в процесс выздоровления необходимо давление.
3. Для эффективного лечения необходимы три составляющих: раннее распознавание, создание кризиса, непрерывное долгосрочное консультирование или уход.

Было выявлено, что ранняя идентификация зависимости играет важную роль в повышении шансов на успешное лечение пациента. Благодаря природе того образца популяции, который образует каждый класс ВСИ, классификация обеспечивает оптимальную возможность как для ранней диагностики, так и для своевременного вмешательства в аддиктивный процесс. Таким образом, важно убедиться, что процесс идентификации осуществляется с оптимальной эффективностью.

Когда алкоголик или наркоман идентифицирован, можно считать, что процесс ранней интервенции и лечения осуществлен лишь частично. Отправить идентифицированных пациентов на лечение, пока они сами не чувствуют наличия проблем в этой области — спорное решение. Этические последствия интервенции, в процессе которой проблема документирована и становится очевидно, что дальнейшее злоупотребление выпивкой или наркотиками нанесет еще больший вред как самому употребляющему, так и обществу, должны быть тщательно взвешены как агентством, производящим оценку, так и правоохранительной системой, выносящей приговор. Если интервенция должна эффективно направлять идентифицированных алкоголиков и наркоманов на лечение, ее следует применять благоразумно и сопровождать надзором ответственного представителя суда.

Позволить подобной ответственности целиком лечь на плечи ведущего группы или агентства, означает лишь усложнить и запутать вопрос, потерявшись в лабиринте бюрократических запретов и перекладывания ответственности. Власть подкреплять рекомендации принадлежит уголовной правоохранительной системе, и именно внутри этой системы и следует применять давление.

Программа интервенции для ВСИ должна быть адаптирована к использованию преимуществ, обеспечиваемых данными обстоятельствами. Очевидно, что программа ВСИ дает идеальную возможность для идентификации и интервенции на ранней стадии алкоголизма. Однако, если строить программу на базе основных принципов интервенции и групповой психотерапии, то она отводила бы больше времени на каждого ВСИ индивидуально. Это дало бы ведущему группы лучшую возможность поработать с системой отрицания алкоголиков и аддиктов, а также способствовало бы большей личной конфронтации в групповом взаимодействии, если группа ведется в виде марафона выходного дня.

Принципы интервенции

Ранняя интервенция с использованием конфронтационных техник создана для того, чтобы помочь индивиду признать необходимость лечения. Интервенция оказывается наиболее эффективной, если она заключается в коллективном, направленном усилии значимых людей (т.е., супруга, работодателя, друзей, детей) из окружения человека, так что кризис порождается конфронтацией, которая убирает или сокращает защитные препятствия к выздоровлению. Тверски (Twerski, 1983) резюмирует принципы интервенции следующим образом:

«Для того, чтобы быть эффективным в интервенции, участники должны понимать, что такое алкоголизм как болезнь, и знать о ее обычно неотвратимом (в отсутствие лечения) течении. Они должны также действовать, исходя из искренней заботы о благополучии пациента; осознавать риск конфронтации; быть адекватно подготовленными к тому, чтобы участвовать в интервенции как хорошо сыгранная команда, если это требуется; и быть готовыми выдержать дискомфорт конфронтации и описания гнусного поведения пациенту или любимому, равно как и готовыми к значительным изменениям в своей собственной жизни, если субъект отвергает лечение» (стр.1030).

Тверски проводит различие между двумя типами интервенции. Первая проводится в конвенциональной медицинской или психиатрической обстановке и подразумевает, что профессионал конфронтует пациента с тяжестью проблем, связанных с алкоголем или наркотиками. Вторая состоит в коллективном, направленном усилии — это более интенсивный способ интервенции, требующий участия как можно большего количества людей, значимых в жизни пациента. Тверски (1983) детально описывает стратегию каждого из этих подходов, и заинтересованный читатель может обратиться к процитированной статье для более полного знакомства с этой процедурой. В этой главе будет представлено описание третьего подхода, комбинирующего элементы двух различных процессов, данных Тверским. Этот третий подход подчеркивает использование конвенционального формата психотерапевтической группы и позволяет ведущему адаптироваться к ситуации, требующей работы с некоторым количеством не желающих лечиться пациентов, принуждаемых к лечению правоохранительными органами.

Существует шесть принципов интервенции, с которыми ведущий должен быть знаком, если он ведет психотерапевтическую группу с недобровольными пациентами, принуждаемыми к лечению из-за злоупотребления наркотиками или алкоголем.

1. Не выполняйте интервенций в одиночку. Они должны происходить в маленькой группе, с поддерживающим ко-терапевтом и лечебной командой. Если группа ведется в согласии с вышеописанными принципами, ведущий сможет использовать силу давления группы равных в качестве мощного подспорья интервенции. Поскольку активно употребляющий алкоголь или наркоман мало открывается ведущему, профессионал обладает лишь небольшим (если вообще обладает) авторитетом. Эффективность ведущего будет определяться его способностью мобилизовать остальных членов группы для поддержки процесса интервенции.
2. Установите и удерживайте специальные цели для каждой групповой сессии. Если ведущий не будет структурировать группу так, чтобы каждая сессия становилась постепенно все более и более конфронтационной и обращалась бы ко все более и более глубокому уровню индивидуального отрицания, то групповой процесс вырождается в бесцельный обмен «фронтowymi рассказами», в жалобы и отыгрывание. Ведущий должен помнить, что групповая интервенция — не терапия. Целью этих сессий является тренировка, идентификация и интервенция. Обычный подход к ведению группы нужно или отбросить, или использовать более скупое.
3. Фокусируйтесь на специфических данных, которые очевидны, конкретны и неоспоримы. Это наиболее важный компонент процесса интервенции. Ведущий должен использовать начальные сессии группы для сбора конкретной информации об употреблении химических препаратов алкоголиками или наркоманами и определить, как и в чем употребление неблагоприятно повлияло на их жизнь. Эти данные должны быть собраны ненавязчиво и возвращены человеку обратно таким образом, чтобы они были приемлемы, неопровержимы и несомненны.

4. Создайте атмосферу внимания и заботы. Это должно стать первой задачей ведущего. Конфронтации должны использоваться очень экономно до тех пор, пока не будет создана терапевтическая атмосфера. Если такая атмосфера не установилась, группа останется спорящей, сопротивляющейся и защищающейся. Зачастую единственной вещью, которая может разоружить алкоголика или наркомана, является чувство, что ведущему, лечебной команде и членам группы есть до него дело. Большинство алкоголиков и наркоманов боятся высоко конфронтационного поведения. Они держат свои защиты наготове. Обычно они контролировали подобные ситуации в течение длительного времени, и знают, что смогут справиться с одним ведущим или консультантом.
5. Действуйте, исходя из хорошо сформированной структуры лечения. Не оставляйте никаких лазеек. Определитесь и согласуйте модальность лечения (т.е., стационарное, амбулаторное, АА, и т.д.), которую примут они и другие члены группы, если будет установлено, что они зависимы. Как только договоренность по этому поводу достигнута, минимизируйте время между интервенцией и вступлением в выбранную программу лечения.
6. Нужно установить, какие последствия будет иметь отказ. В ситуациях, когда интервенция проводится работодателем, это может быть потеря работы. Если интервенция затеяна семьей, это может быть развод. В интервенции с пациентами, направленными судом, в наступлении подобных последствий обычно нужно полагаться на поддержку правоохранительных органов. В некоторых случаях это может быть условный срок, тюремное заключение или штраф.

Формат групповой интервенции для правонарушителей, направленных судом

Многие ведущие групп оказываются перед сложной задачей — они пытаются вести психотерапевтические группы с не желающими лечиться пациентами, которые не хотят быть в группе, но вынуждены присутствовать, поскольку находятся под арестом, связанным с употреблением алкоголя или наркотиков. Здесь будет приведен формат для работы с правонарушителями ВСИ, принудительно посещающими групповую терапию и лечение по судебному приговору. Хотя специфика этого формата будет ограничена только ВСИ, этого достаточно для обобщения сведений о данном формате, чтобы позволить творческим ведущим адаптировать его принципы к своей частной ситуации. К примеру, во множестве случаев суд будет отсылать на лечение человека, подозреваемого в наличии проблем с алкоголем или наркотиками. Часто подобные индивиды совершают преступления только в состоянии интоксикации или для того, чтобы заплатить за наркотики. Лечение часто является альтернативой тюремному заключению, поскольку доказано, что преступления прекратятся, если употребления наркотиков не будет. Конвенциональная терапия, особенно поддерживающая индивидуальная терапия, с такими людьми обречена на провал. В данном случае следует выбирать групповую психотерапию, которая ведется следующим образом.

После того, как человек был арестован и осужден за преступление (в данном случае, ВСИ), правонарушителю следует предложить выбор между тюрьмой и лечением. Большинство выберет последнее. Это важно, поскольку этот элемент выбора увеличивает их восприимчивость к лечению. Важно также, чтобы этот выбор был предоставлен после того, как правонарушитель осужден, поскольку это позволяет привести в действие судебные рычаги воздействия для обеспечения послушания — использование условного наказания или сокращения срока в обмен на признание виновности. Если осужденные не выполняют процедуры, предусмотренной договором, они должны осознавать и быть уверенными в том, что суд приведет в действие альтернативные последствия их выбора. Подобный контракт должен быть ясно оговорен и определен судом. Правонарушители должны также осознавать все ограничения, которые накладывает подобный контракт на типичные предписания о терапевтической конфиденциальности. Нужно добиваться письменного согласия, и до нарушителя необходимо донести — в недвусмысленных терминах — то, что лечебный персонал по этому контракту обязан докладывать суду или офицеру условного заключения обо всех случаях его нарушения. Поскольку подобное положение дел неизбежно скомпрометирует альянс терапевта и пациента, лечебный персонал может спасти этот альянс, убедив последнего в том, что личная информация в суд передаваться не будет. Действительно, часто бывает полезно согласиться на то, чтобы показывать ему копии корреспонденции, отсылаемой в суд, и просить его подписываться на этих письмах. Это убеждает пациентов в том, что они будут хорошо знать, какие сведения поступают в суд, и, таким образом, восстанавливает большую часть доверия и безопасности, утерянных при заключении первоначального контракта.

Уличенному ВСИ предоставляется выбор: провести выходные в тюрьме или в школе ВСИ. Большинство выбирает школу, и появляется на программе в пятницу вечером. Большинство не знает, что их ожидает интенсивный марафон выходного дня, где время делится между лекциями в большой группе и сессиями малых психотерапевтических групп. Численность малых групп ограничена десятью членами, а условия марафона обеспечивают полную абстиненцию от наркотиков и изоляцию от привычных систем внешней поддержки.

ВСИ программа не должна быть ориентирована на лечение, а ведущие во время этих выходных не должны проводить психотерапию. Скорее, фокус программы и терапевтических групп — интервенция, и акцент смещается на долечебные мероприятия, идентификацию, оценку и диагностику.

Обстановка трехдневного марафона может стать очень мощным, действенным опытом, если выдержано правильное направление. Благодаря своей структуре марафон дает ведущим время и интенсивность, необходимые для того, чтобы определить степень, в которой каждый из нарушителей затронут алкогольными или наркотическими проблемами. Поскольку для многих терапевтов зачастую бывает невозможно организовать такие интенсивные лечебные программы или пользоваться поддержкой целой команды, то цели, намерения и даже ожидания от подобного подхода должны быть модифицированы так, чтобы соответствовать конкретной ситуации.

Для того, чтобы провести идентификацию, групповую интервенцию и рекомендовать лечение (если таковое требуется), нужно поставить себе три цели:

1. Оценка и сбор данных. Одна треть или половина правонарушителей ВСИ, как правило, не имеет серьезных проблем с наркотиками или алкоголем. Те же, кто имеет, должны быть подвергнуты оценке, и эта оценка должна подкрепляться специфическими, конкретными данными, собранными во время групповых сессий.
2. Используйте групповую динамику, чтобы прорваться сквозь отрицание — так, чтобы человек смог связать употребление химических препаратов с теми трудностями, которые он переживает.
3. Мотивируйте идентифицированных пациентов на поиск лечения.

Формат групповой интервенции

Группу, которая ведётся описанным образом, не стоит путать с групповой терапией в том виде, в каком она практикуется с теми, кто ищет групповой терапии по собственному желанию. Хотя многие принципы группового процесса и групповой динамики используются и в групповой интервенции, цель каждой сессии явно отличается от целей большинства других привычных типов психотерапии, как индивидуальной, так и групповой. Ограничение во времени, динамика аддиктивного процесса и общее сопротивление членов группы требуют от ведущего занятия очень активной позиции в установке фокуса процесса интервенции. Каждому члену группы нужно дать информацию о концепции болезни. Это должно быть сделано в форме лекции в большой группе, отдельно от встреч в малых группах. Цель процесса в малой группе — усвоить представленный лекционный материал, в той степени, в которой он актуален в жизни каждого из участников. В этом контексте ведущий группы должен направлять свою энергию на то, чтобы стимулировать взаимодействие членов группы друг с другом. Именно в процессе этого взаимодействия ведущий соберет необходимые данные, могущие подтвердить аддикцию каждого из участников группы. Поскольку большинство участников поначалу не знает, чего ожидать от первой групповой сессии, их тревожность и защиты оказываются чрезвычайно сильными. Первая сессия, или, в некоторых случаях, первые несколько сессий должны быть направлены на снижение этой тревожности и смягчение защитной позиции. Это лучше всего сделать, попросив участников представиться, объяснить обстоятельства своего ареста и рассказать о причинах, заставивших их присутствовать на этой групповой встрече. Наименее настороженных участников следует поощрять говорить первыми, а ведущий должен демонстрировать поддержку всякий раз, когда в группе проявляется гнев или возбуждение. Гнев должен быть рассеян, прежде чем группа сможет продвинуться к свободно организованному взаимодействию. Многие участники могут быть в ярости на суд, на своего адвоката, на судью или на полицию, арестовавшую их (некоторые справедливо, но большинство — несправедливо). Если этот гнев встречает конструктивную и заботливую поддержку на первой или нескольких первых сессиях, то враждебность начнет уступать место разуму и периодическим проблескам юмора. Исследование подобных обменов со здоровым смехом без примеси враждебности может очень существенно ослабить напряженность на начальных стадиях групповой работы. Когда группа начнет чувствовать себя более удобно, ведущий должен обеспечить ее работой, сделав фокусом сессии то, что думают и говорят участники. Большинство алкоголиков и наркоманов явятся на группу, готовые защищать своё употребление алкоголя и наркотиков. Дайте ясно понять, что вас, как ведущего группы, не заботит: а) то, как они пьют или принимают наркотики; б) что они пьют и какие наркотики принимают; в) когда они пьют или принимают наркотики; г) с кем они пьют или принимают наркотики; и д) где они пьют или принимают наркотики. Такая позиция ослабит их защиты и вовлечет их в процесс оценки. Как только они разрядят свой гнев и тревожность, многих, если не всех, можно убедить «получить максимум от этой ситуации, раз уж вы здесь. Вы можете или продолжать злиться и превратить эти выходные в кошмар, или использовать их, чтобы получше узнать себя». В этот момент, если интервенция проведена убедительно, ведущий будет удивлен количеством людей, как аддиктивных, так и неаддиктивных, которые захотят понять, какую роль алкоголь и наркотики играют в их жизни. Призыв оказывается наиболее эффективным, если преподнесен следующим образом:

«Люди, которые пьют и принимают наркотики, разделяются на две категории. Существуют такие, кто может делать это без каких-либо проблем, и те, кто наделен физиологической или генетической предрасположенностью к тому, чтобы пристраститься к ним и стать зависимыми. Сто миллионов людей в этой стране пьют. Для девяноста миллионов из них это социальное питье. Небольшой процент — десять процентов, или десять миллионов — не может пить социально. Если вы принадлежите к этому меньшинству, мы хотим, чтобы вы поучаствовали в групповых занятиях в эти выходные, чтобы у вас был шанс понять, какова степень вашей вовлеченности, и как это влияет на вашу жизнь. Мы хотим побудить вас взглянуть на последствия своего пьянства и употребления наркотиков. Мы также хотим, чтобы вы взглянули на историю своей жизни и на свои отношения с химикатами, и решили, в ваших ли интересах продолжать пить или принимать наркотики.

Существует восемь главных областей жизни, которые мы хотели бы, чтобы вы рассмотрели:

1. Самооценка (образ себя)
2. Семейные отношения
3. Отношения с равными
4. Работа
5. Финансы
6. Отношения с законом
7. Сексуальная активность
8. Здоровье

Исследуйте каждую из этих областей в связи с употреблением вами алкоголя или наркотиков. Была ли одна или несколько из этих сфер затронута тем, что вы пьете или принимаете наркотики? Если какая-нибудь из этих сфер оказалась нарушенной, хотите ли вы продолжать подвергать ее угрозе, лишь бы продолжать пить или принимать наркотики? Это ваше решение. Однако, пока вы будете решать, мы хотели бы предложить вам исследовать эти вопросы с другими членами группы. Мы здесь не для того, чтобы спорить с вами или пытаться вас переубедить. Это ваш выбор. Но у вас есть уникальная возможность здесь, в группе, получить обратную связь от других участников, которые, быть может, бьются над решением тех же проблем. Мы просто хотим поддержать перед вами зеркало. Докажите нам и себе, к какой категории людей вы принадлежите — к тем, кто может, или тем, кто не может пить или употреблять наркотики в социально приемлемых формах».

Если ведущие принимают эту позицию и избегают навешивать ярлыки «алкоголиков» и «наркоманов», то они часто могут зацепить наиболее сильно сопротивляющихся членов группы и бросить им вызов. Поскольку большинство алкоголиков и наркоманов страдает от разной степени грандиозности или нарциссизма, и они чувствуют, что любого смогут убедить в том, что у них нет никаких проблем с алкоголем или наркотиками, они часто с готовностью принимают такого рода вызов. Обычно они не могут устоять перед искушением указать на то, как алкоголь или наркотики влияют на других. Из-за собственной идентификации с другими алкоголиками и наркоманами они мастерски владеют этим искусством. Задействовав оба эти принципа, ведущий вскоре обнаружит, что через очень краткое время у него в руках оказывается активно вовлеченная в работу группа.

Обычно в начале группы ведущий и ко-терапевт могут ожидать вопросов о том, как они сами принимают наркотики. Подобные вопросы неизбежны, и тут чрезвычайно важно самораскрытие. Если ведущий группы не предоставит подобную информацию добровольно, то он может ожидать, что ему зададут прямой вопрос о его собственном употреблении алкоголя и наркотиков. Осторожность или попытка скрыться за терапевтической нейтральностью не поможет. Поскольку группа идет короткое время, по природе своей не добровольна, и поскольку ведущие просят всех остальных о самораскрытии на некую специфическую тему, осторожность или уклончивость с их стороны только увеличит склонность к защите других членов группы. В этом вопросе ведущий должен являть собой модель того, о чем он просит остальных. Добровольно и свободно изложенная на ранних этапах работы группы, личная информация об отношениях с алкоголем и наркотиками улучшит групповой процесс. Однако, терапевт должен быть абсолютно честным. Если он сам — выздоравливающий алкоголик или наркоман, то этим нужно поделиться с группой. Если в прошлом ведущий злоупотреблял наркотиками, а сейчас он их не принимает, то эта информация, изложенная с должной точки зрения, может способствовать тому, что члены группы с большей охотой будут рассказывать о своем употреблении алкоголя или наркотиков. Если ведущий группы употребляет алкоголь, не являясь алкоголиком, этого также не нужно скрывать от группы. Изложенные в нужном контексте, эти сведения также часто улучшают самораскрытие. Однако, если ведущий или ко-терапевт употребляют какие-то наркотики, даже если это так называемое рекреационное (развлекательное) курение марихуаны, этим делиться нельзя. Фактически, если терапевт употребляет какие бы то ни было наркотики, то его эффективность в работе с этого рода пациентами будет серьезно скомпрометирована. Нельзя забывать, что употребление наркотиков незаконно. Признание группе в том, что ты сам употребляешь наркотик для развлечения, несет в себе завуалированное послание о том, что законы — для вас, а не для меня. Это — ханжеская и нечестная позиция. Для всех без исключения будет лучше, чтобы терапевт, употребляющий наркотики, не работал с зависимыми пациентами. Аддиктивные пациенты должны передаваться другому терапевту, а этот ведущий должен избегать любого типа работы, связанной с лечением аддикций.

По мере того, как члены группы все более увлекаются друг другом, начинает развиваться сплоченность. До этого момента конфронтация должна быть минимальна. Самораскрытие, особенно то, что разные члены группы начинают рассказывать о влиянии на свою жизнь алкоголя или наркотика, обычно ведет к быстрому углублению чувств. Как только члены группы начинают идентифицироваться с другими в беспокойстве об употреблении алкоголя и наркотиков, их можно легко подтолкнуть к мягкой конфронтации друг с другом. Ведущий, правильно использующий время и умеющий подбодрить, обычно может сделать группу очень отзывчивой к конфронтации. Как правило, бывает необходимо лишь небольшое поощрение, и некоторые члены группы начинают отвечать другим честно и открыто. Открытость и честность может быть усилена тем, что сначала концентрируются на наименее настороженных участниках. Чем более тревожны и осторожны участники, тем медленнее нужно их вводить в процесс. Аккуратно нужно обращаться и с теми участниками, которые не желают открываться и быть честными. Если им позволить выступить первыми, то это лишь установит в группе норму защитного поведения.

По мере нарастания группового взаимодействия, ведущий может использовать более открытых участников группы для того, чтобы вовлечь в групповой процесс более осторожных. Такое утверждение, как «Эй, Джо, как ты думаешь, Билл действительно хочет получить обратную связь?» могут быть очень эффективным способом привлечения даже самых неподдающихся.

К концу третьего дня члены группы обычно становятся по-настоящему честными и открытыми друг с другом. Перед тем, как закончить работу в группе, попросите каждого из участников оценить себя — как человека, имеющего пагубную привычку к алкоголю или наркотику, или не имеющего таковой. Побудите их исследовать наиболее значимые сферы жизни и определить, как обстоятельства их жизни, связанные с пьянством и приемом наркотиков, соотносятся с информацией, собранной ими за эти выходные — из личных историй, рассказанных на группе, из лекций и из обратной связи, которую они получили от других. Попросите их рассказать группе, что бы могло, на их взгляд, быть подходящим действием, которое стоит сейчас предпринять, опираясь на то, что они услышали и обнаружили в себе. Потом попросите, чтобы они сказали, почему, на их взгляд, это так. По завершении этой задачи, попросите, чтобы каждый из оставшихся членов группы выразил поддержку или несогласие с заявленной оценкой и планом. Консенсус в группе обычно бывает высоким, и это зачастую ведет к уступчивости. В некоторых случаях индивиды, которые очень мало чем делились на протяжении всех выходных, вдруг объявляют, что группа подтвердила то, о чем они так долго подозревали, но боялись думать, а именно, то, что они — алкоголики. В конце группы должны излагаться лечебные рекомендации, а также должно быть составлено расписание индивидуальных сессий для обсуждения последствий неудачи в достижении оговоренных целей лечения.

Главная роль интервенции заключается в том, чтобы помочь пациентам сделать выбор относительно употребления ими алкоголя и наркотиков. К концу выходных они должны быть способны определить преимущества не-пития или не-приема наркотиков в сравнении с проблемами в собственной жизни, порождаемыми их употреблением. Этот выбор, в конечном результате, должен быть сделан каждым участником группы. Несмотря на изобилие очевидных доказательств обратного, некоторые индивиды будут отказываться ясно видеть свою ситуацию, или не смогут принять адекватных мер для изменения своего саморазрушительного поведения. Ведущие должны осознавать, что они не могут контролировать поведение химически зависимого человека и не могут диктовать, что этот человек должен делать. Они могут конфронтировать, принуждать, осуществлять интервенции и использовать весь арсенал терапевтических рычагов, но выбор действия определяется самим человеком. Алкоголик или наркоман стоит перед выбором: сохранить или потерять свою работу, отправиться ли в тюрьму, сохранить или разрушить свою семью. У них есть также возможность начать лечение. Надеюсь, что техники, описанные в этой главе, увеличат шансы на положительный результат.

Глава 10. Проблемы средней стадии лечения

Когда ведущие группы уже подвели, направили и даже протолкнули алкоголиков и наркоманов через стадии предварительного осознания и подготовки к будущему изменению, доминирующей темой лечения становится такой компонент выздоровления, как действие. Теперь задача ведущих — обеспечить активное включение членов группы в процессы лечения и выздоровления. Изменение роли ведущего требует и нового подхода к методам его работы. Отныне он должен чутко отслеживать не только этапы индивидуального выздоровления, но и тонко осознавать стадии развития самой группы, потому что именно это определит функции, которые он должен будет активизировать на каждом из этапов выздоровления.

Аллен Серкис (Allen Surkis, 1989) уделил особое внимание различиям между лидерскими и терапевтическими функциями при ведении группы. Он утверждает, что лидерские функции должны предшествовать терапевтическим, поскольку первые являются необходимой предпосылкой вторых. Лидерские функции (при правильном применении и управлении) помогают снизить уровень тревоги и напряжения в группе, способствуя созданию атмосферы, необходимой для того, чтобы на последующих этапах развития могли доминировать терапевтические функции. Сходную позицию занимает Ялом, рекомендуя следующее: первая из трёх основополагающих задач ведущего — это обеспечение физического выживания группы. Как и у Серкиса, данное положение требует, чтобы ведущий направил всю свою энергию на установление надежной безопасной среды с четко определенными временными рамками, терапевтическими нормами и структурой.

Серкис предлагает дифференцировать лидерские и терапевтические функции следующим образом (См. табл.10.1).

Есть и другие важные различия, которые ведущий группы должен учитывать при определении самого эффективного подхода на том или ином этапе изменения конкретного зависимого индивида. Специфика раннего, среднего и позднего этапов выздоровления требует по разному расставлять акценты в требованиях к целям и к деятельности ведущих группы. Некоторые из этих отличий представлены в таблице 10.2.

Таблица 10.1

Лидерские функции Ранняя/ Средняя стадия	Терапевтические функции Поздние стадии
1. Снижение тревоги и управление напряжением.	1. Поощрение любопытства и радости открытия
2. Помощь группе в преодолении сопротивления и в достижении сплоченности	2. Обеспечение возможностей для корректирующего эмоционального опыта или взаимоотношений.
3. Соблюдение границ (время начала и окончания, принятие новых членов и т.п.).	3. Помощь членам группы в открытии или исправлении постыдных, не признаваемых частей себя.
4. Управление высвобождением эмоций, и, в особенности, гнева.	

Минкофф (Minkoff, 1995) рекомендует четырехфазный подход к лечению, имеющий некоторые параллели с пятиступенчатой моделью изменения по Прохазке и ДиКлементе (1992). Минкофф предлагает следующее:

1. острая стабилизация;
2. заинтересованность;
3. длительная стабилизация и
4. выздоровление, с акцентом на:
 - устойчивую стабильность;
 - устойчивую трезвость.

После достижения стабилизации (на раннем этапе лечения), на средней стадии процесса выздоровления доминируют заинтересованность и длительная стабилизация. Исходя из концепции болезни и перспективы модели абстиненции, это требует использования групповой терапии как средства дополнения и поощрения заинтересованности алкоголиков и аддиктов в двенадцатишаговой программе выздоровления и ее поддерживающих группах.

Последние рекомендации целого ряда авторов предлагают, чтобы важной частью развития заинтересованности стало «окультуривание» пациента, т.е. поднятие его до уровня, необходимого для терапевтической среды и «культуры выздоровления» АА (Kemker, Kibel и Mahler, 1993). Это является необходимым требованием не только для пациента, но и для многих специалистов, не знакомых с языком, культурой и терапевтической философией двенадцатишаговых групп. Групповая терапия, как неотъемлемая часть этого процесса окультуривания, выполняет, согласно Кемкер с соавторами, уникальную функцию.

Благодаря своей внутренней структуре, малочисленная группа имеет большой потенциал для установления эмоциональных связей, необходимых на средней фазе выздоровления, или фазе заинтересованности. Двумя важными элементами процесса являются: (1) признание необходимости абстиненции, и (2) введение в культуру выздоровления. Кемкер, Кибел и Малер (1993) подчёркивают уникальные отличительные особенности работы с алкоголиками и аддиктами в рамках структурированной терапевтической среды. Они утверждают, что «Наркологическое отделение — это продукт двух мощных институтов: психиатрии и АА»(с.300). Успешное лечение аддикций требует некоторой специальной адаптации терапевта и «предполагает обращение к движению выздоровления за поддержкой и ощущением высшей цели» (с.300). Лечение людей с проблемами химической зависимости требует от терапевтов осознания того, что они не могут лечить таких пациентов в одиночку — «что зависимость проникает очень глубоко, пациент слишком отчужден». Кемкер, Кибел и Малер считают, что лечение зависимостей требует «приоритета групповых занятий и движения самопомощи» (с.299).

Таблица 10.2. Требования к целям и деятельности ведущих групп

Цель	Ранняя/Средняя фаза	Поздняя фаза
1. Аффект/эмоции	Минимум. Акцент на познании и контейнировании	Оптимальный уровень тревоги
2. Регрессия	Ослабление	Усиление
3. Акцентирование «здесь и сейчас»	Снижение — большой акцент на «там и тогда» алкогольного опыта	Возрастание (принцип непосредственности)
4. Конфронтация	Фокус на поведении, связанном с употреблением алкоголя или наркотика	Меньше — большой акцент на интимность
5. Деятельность ведущего	Более активная и прозрачная	Менее активная, выраженная и прозрачная
4. Индивидуальное- интрапсихическое	Больше	Меньше
7. Межличностное	Меньше	Больше
8. Группа как целое	Меньше	Больше
9. Поддержка — удовлетворение	Больше	Меньше
10. Содержание/ процесс	Содержание	Процесс

В более поздних публикациях Матано и Ялом (1991) дают рекомендации, очень близкие к тем, которые предлагают Кемкер, Кибел и Малер, когда советуют уделить особое внимание интегрированию принципов двенадцатишаговой программы выздоровления и АА в формат групповой терапии. Матано и Ялом предупреждают, что большинство традиционных подходов к лечению зависимостей обречены на провал, если они не соблюдают следующих принципов:

1. Выздоровление и абстиненция всегда должны оставаться основным приоритетом;
2. Пациенту нужно принять самоидентификацию в качестве алкоголика или наркомана;
3. Тревога в группе должна тщательно регулироваться;
4. Должно быть проведено чёткое различие между тем, за что алкоголик или наркоман несёт ответственность, а за что нет;

Ведущий группы должен хорошо владеть языком, шагами и традициями АА и других двенадцатишаговых программ выздоровления.

Матано и Ялом выделяют в своих рекомендациях два главных момента, которые часто упускаются терапевтами, не знакомыми с групповой работой с аддиктами. Во-первых, они предупреждают, что ведущий группы, не знакомый с языком и принципами двенадцатишаговых программ, не защищен от неправильного использования концепций АА членами группы, которые могут исказить их и использовать в целях сопротивления. Хорошее владение программой АА не только позволяет интегрировать эти принципы в терапевтический процесс, оно позволяет также снизить сопротивление.

Во-вторых, Матано и Ялом помогают прояснить важность разграничения зон ответственности. Как они справедливо отмечают, люди с проблемами зависимости не могут нести ответственность за свою болезнь или неспособность контролировать употребление после первого глотка алкоголя или первой дозы. И тем не менее, они ответственны за этот первый глоток или за первую дозу. Общеизвестно, что алкоголики, в частности, стремятся избежать ответственности за первый стакан, который непосредственно включает механизм алкогольной зависимости. Они склонны оправдывать свой срыв какой-то «случайностью», которая произошла с ними совершенно неожиданно.

Члены АА с большим опытом и специалисты по зависимостям конфронтируют такой уход от ответственности, настаивая на том, чтобы алкоголик присвоил свое решение выпить, поскольку в действительности это — умышленный акт. Им говорят: «Это не случилось с тобой, ты сам это сделал! Более того, если ты отрекаешься от ответственности за это, то тебя это ничему не научит». Следовательно, зависимые люди должны принять на себя ответственность за все свои действия и поведение. В ближайшее время они должны принять ответственность за то, будут ли они работать по шагам двенадцатишаговой программы и использовать то, что помогло другим зависимым, чтобы обеспечить свое собственное выздоровление. В дальнейшем им придется принять ответственность за выбор того, как они будут взаимодействовать с другими в непосредственности обстановки здесь и сейчас в группе. И наконец, на поздних стадиях выздоровления и лечения ведущим вопросом станет ответственность за свои межличностные связи.

Кроме того, Матано и Ялом указывают на некоторые источники потенциальных конфликтов между АА и психотерапией. Они предлагают полезные соображения по поводу способов разрешения этих конфликтов и объяснение того, как иногда подобные противоречия индуцируются заблуждениями и предубеждением. Они приходят к выводу, что эти противоречия не должны препятствовать созданию здорового рабочего альянса между двенадцатишаговыми программами и профессиональным сообществом:

«Важно разрешить эти выявленные зоны несовместимости АА и психотерапии. Мы убеждены, что АА и психотерапия не являются конкурирующими силами, которые угрожают выживанию или эффективности друг друга, напротив, они взаимно усиливают друг друга. Их цели похожи, и они используют гораздо больше общих методов, чем принято считать. Тем не менее, не следует забывать о том, что психотерапия и АА всё же являются различными системами, с присущим каждой из них широким кругом практик, интерпретаций, теорий и традиций; поэтому, к сожалению, как в АА всегда будут свои «консерваторы», открыто выступающие против идеи терапии, так и среди психотерапевтов будут те, кто с пренебрежением относится к АА». (1991, стр.284-285)

Интегрирование принципов двенадцатишаговой программы в более традиционные формы групповой психотерапии, несомненно, является одной из первостепенных задач, стоящих перед ведущим группы на ранних и средних стадиях выздоровления. Диесы (Dies и Dies, 1993) выработали рекомендации для краткосрочной групповой терапии, которые могут подсказать ведущему, пытающемуся справиться с этой задачей, некоторые направления и структуру. Директивная Модель Фасилитации для краткосрочного группового лечения, которую отстаивают Диесы, имеет много параллелей с рекомендациями Ялома, так как их подход основан на развитии и сфокусирован на межличностном аспекте. Они выделяют в своих рекомендациях двадцать один принцип, первые десять из которых будут представлены здесь, как имеющие особенно важное значение для ранней и средней стадий лечения.

1. Заключайте реалистичный контракт

Диесы рекомендуют многое из того, что было предложено для предгрупповой подготовки в Главе 3 этой книги. Адаптируя рекомендации Kemker, Kibel и Mahler, Матано и Ялом, Диес и Диес предлагают сделать абстиненцию и самоидентификацию в качестве наркомана или алкоголика основными составляющими любого реалистичного контракта с алкоголиком или наркоманом.

2. Создайте позитивный климат

В соответствии с рекомендациями, ведущий группы должен обеспечить максимально возможную структурированность, которая способствует соблюдению поддерживающих норм и акцентирует благоприятное общение между членами группы. Многие из рекомендаций Ялома, касающихся установления терапевтических норм и роли ведущего как образцового участника, весьма ценны и здесь.

3. Фокусируйтесь скорее на процессе, чем на содержании

Так же как и Ялом, Диесы говорят о необходимости постоянно поддерживать значимые межличностные контакты между членами группы. Они предостерегают против чрезмерной индивидуальной работы или концентрации внимания на содержании. Двенадцатишаговые группы и индивидуальные сессии предоставляют участникам более, чем достаточно, возможностей для рассказа своих историй и исследования нюансов личных переживаний. Групповая терапия эффективна тогда, когда приоритет отдаётся концентрации на самом процессе, что акцентирует индивидуальные взаимодействия непосредственно в группе.

4. Применяйте проактивный стиль руководства

Диесы, как и Ялом, настоятельно рекомендуют активный стиль ведения группы. Некоторые причины, обуславливающие важность этого вопроса, приводились в Главе 5. Самая главная из них состоит в том, что алкоголики и наркоманы не реагируют должным образом на пассивные или дистанцированные стили ведения, преобладающие в большинстве традиционных подходов к психотерапии.

5. Конфронтируйте препятствия, возникающие в группе.

Группа неизбежно обратится к проблемам безопасности, честности, открытости и аутентичности. Членам группы необходимо будет выяснить, насколько естественными они могут быть друг с другом. Очень важно, чтобы ведущий чутко воспринимал эти общие для всей группы проблемы, и активно направлял группу на преодоление неизбежных сложностей и сопротивления.

6. Объясняйте групповые конфликты и сопротивление.

По мнению Диесов, клиницисты излишне прямолинейно интерпретируют групповое сопротивление как подсознательный сговор членов группы с целью уклонения от групповой работы. И хотя такой защитный процесс действительно проявляется, опыт Диесов показал им, что существует два основных источника нежелания быть активно вовлеченным в серьезный терапевтический процесс в группе, а именно: (1) угроза личной уязвимости, и (2) неоднозначное понимание того, как эффективно использовать группу, из-за недостаточной ясности ее задачи. Как они пишут, «по мере того, как мы, не жалея сил, укрепляем межличностную поддержку и сплоченность, и терпеливо разъясняем, в каких рамках должно происходить изменение, мы обнаруживаем, что недоверие и настороженность начинают рассеиваться сами по себе, естественным образом», (с. 180)

7. Объясняйте на примерах теорию изменения.

Новые члены группы чаще всего имеют самые наивные представления о том, как групповая терапия может быть продуктивной. Как и Ялом, Диесы уверены, что способность группы оказывать действенную терапевтическую помощь заключается в «процессе взаимного исследования и участия, а не в разыгрывании ролей, раздаче советов или общении в стиле вопрос — ответ». (с. 181) Ялом и Ормонт, как и большинство других опытных ведущих, указывают на важность этого принципа, и призывают ведущих групп помочь участникам как следует усвоить этот ценный урок, но не посредством дидактического информирования, а на опыте того, как это происходит в группе.

8. Высказывайтесь часто, но коротко.

Требуемую от ведущего группы деятельность он должен осуществлять, обозначая свое присутствие частыми, но краткими интервенциями. Это не должно строиться, как рекомендуемое Диесами утверждение авторитарического руководства группой. Самые лучшие интервенции в группе всегда те, которые кратки и просты. Искусство ведения группы заключается в способности сказать важные и сложные вещи просто и коротко.

9. Поощряйте членов группы к принятию на себя ответственности

Лучшие интервенции — те, что переносят ответственность на группу и её членов. Как считает Ялом, группа, способная к самомониторингу — это самая высокоэффективная группа.

10. Обеспечивайте фокусирование на здесь и сейчас

Диесы рекомендуют ведущему группы удерживать её в непосредственности настоящего момента. Как считают Ялом и Ормонт, группа работает максимально эффективно, когда члены ее пребывают непосредственно в моменте здесь и сейчас.

Рекомендации, представленные здесь Диесами, дополняют модель, основные положения которой предложил Ялом и доработал Ормонт. И хотя как Ялом, так и Ормонт имеют дело исключительно с долгосрочными амбулаторными группами, данные десять принципов могут помочь начинающему групповому терапевту определить, какие стратегии будут лучше удовлетворять требованиям формата структурированной групповой терапии, которая является частью более широкой и всеобъемлющей лечебной программы.

Групповые терапевты быстро обнаружат, что многие из принципов, обеспечивающих успешную долгосрочную амбулаторную групповую терапию, должны быть модифицированы при проведении краткосрочного лечения в стационаре или в ином заведении. В таких условиях групповая терапия не является единственным терапевтическим опытом, но лишь одним из компонентов более широкого и всеобъемлющего лечебного подхода. И, следовательно, то, как он работает и что ведущий группы может делать, а что нет, определяется динамиками и ограничениями атмосферы, доминирующей в лечебной программе.

Срыв и выздоровление

Для сообщества, специализирующегося на лечении зависимостей, хорошо известной аксиомой является тот факт, что обычно алкоголики и наркоманы не отказываются от употребления своей химической субстанции до тех пор, пока боль и дисфория, испытываемые ими при постоянном приеме, не перевесят удовольствия и эйфории, получаемых при употреблении в данный момент. И наоборот, есть вероятность того, что наркоманы и алкоголики сорвутся и вернуться к употреблению, если дисфория и боль, испытываемые ими в состоянии абстиненции, превьсят удовольствие или покой, получаемые от факта выздоровления. Именно поэтому значительная часть лечения аддикций направлена на мониторинг тонкого баланса между удовольствием и дисфорией. Поскольку большинство алкоголиков и наркоманов в высшей степени нетерпимы к откладыванию ожидаемого удовольствия, они, как правило, скорее предпочтут любой хорошо известный источник мгновенного удовольствия (т.е. алкоголь или наркотики) возможному источнику вероятного удовлетворения в отдалённом будущем; они всегда будут стремиться к быстрому и проверенному способу. Для того, чтобы изменить этот прочно укоренившийся характерологический паттерн отношения и привычного поведения, они прежде всего должны понять и принять следующую предпосылку: сам их способ разрешения проблем является проблемой. Необходимо помочь им понять, что алкоголь или наркотики — это не выход; они только продлевают агонию, откладывая на потом реальность ситуации. Как говорят членам АА, «Ничто не может быть плохо настолько, чтобы его нельзя было ухудшить еще парой рюмок».

Во-вторых, чтобы лечение было действительно успешным, выздоравливающим наркоманам и алкоголикам необходимо дать надежду и новый способ поведения, с другим набором отношений, которые позволили бы им получать большее и более длительное удовольствие от воздержания, чем они могли бы получить от сиюминутной эйфории при употреблении алкоголя или наркотиков.

Чтобы побудить алкоголиков оставаться трезвыми, а наркоманов — чистыми, требуется совершенно иной набор стратегий, отличный от тех, которые применялись на начальном этапе с целью заставить их прекратить прием веществ. Ожидание того, что алкоголики или наркоманы будут воздерживаться от употребления алкоголя или наркотиков, подразумевает, что они должны осознать, принять и испытать на собственном опыте преимущества воздержания. Поскольку испытать преимущества воздержания не всегда удается сразу, пациенты должны принять их на веру и надеяться, что рано или поздно их ожидания оправдаются. Ялом (1975), выражая сходные соображения по поводу способности индивида получать пользу от психотерапии, обращает наше внимание на важность веры и воли во всех формах лечения. Ожидание того, что пациенты изменятся — это просто продолжение морально-философского убеждения в том, что если человек знает, что есть добро (т.е. то, что, в самом глубоком смысле, соответствует его лучшим интересам), то он будет поступать соответственно. Или, словами Фомы Аквинского: «Человек, действующий по собственной воле, поступает сообразно некоему воображаемому добру» (Ялом, 1975, с. 157). Поэтому необходимо убедить аддиктов в наличии преимуществ для них в воздержании и трезвости. Важным аспектом профилактики срывов является поиск эффективных способов убеждения аддиктов в том, что отказ от употребления алкоголя и наркотиков соответствует их лучшим интересам. С этой задачей не справиться только с помощью логики и здравого смысла. Шопенгауэр, немецкий философ, знал пределы возможностей разума, когда писал более ста лет назад: «Отсюда бесполезность логики; никто ещё никогда и никого не убедил с помощью логики; и даже сами логики используют её только лишь для получения дохода. Чтобы убедить человека, необходимо апеллировать к его интересу к себе самому, к его желаниям и его воле» (Durant, 1926). Спиноза, другой выдающийся философ, обращался к этому вопросу еще за двести лет до Шопенгауэра, когда писал о важности замещения одной сильной эмоции на другую, если необходимо добиться изменения. «Страсть всегда берёт верх над рассудком. Если только мы не используем разум для того, чтобы направлять наши страсти в менее разрушительное русло. Эмоцию можно укротить только другой, противоположной или более сильной эмоцией» (Durant, 1926).

Один из способов разрешения данной дилеммы требует предоставления алкоголикам и наркоманам некоей желанной альтернативы. А это предполагает нечто большее, чем просто агитацию за жизнь без спиртного и наркотиков; это требует от них отказа от старых отношений, поведения и даже от друзей, ассоциирующихся с аддиктивным стилем жизни. Как говорят члены АА впервые вступившим в двенадцатишаговую программу, «Если не хочешь поскользнуться, не ходи туда, где скользко»; и «Если ты серьёзно хочешь выздороветь, ты должен сменить и товарищей по игре, и игровую площадку». В обоих случаях алкоголика или наркомана призывают заменить возбуждение или уход от реальности, ранее обеспечиваемые ему алкоголем и наркотиками, на товарищество участников программы. Греческий философ Эпикур постиг это две тысячи лет назад: «Мы должны не избегать удовольствий, но выбирать их. Восслав радости разума, а не ощущений. Будь осторожен с теми удовольствиями, которые возбуждают и беспокоят душу вместо того, чтобы приносить в нее мир и спокойствие». (Durant, 1926)

Работа по профилактике срывов идёт на двух уровнях. На первом, если алкоголики или наркоманы испытывают непосредственные преимущества воздержания и выздоровления, это уже само по себе является мотивацией, необходимой для удержания их от возврата к алкоголю и наркотику. Для многих, проходящих лечение впервые, это будет именно так. Для них будет таким большим облегчением обнаружить источник своего смятения, душевной боли и отчаяния, что они сразу же почувствуют облегчение, надежду и направление. Все, что останется сделать — это не стоять у них на пути и позволить им делать то, что подсказывает им их собственное интуитивное знание. Лучше понять это поможет следующий пример:

Ральф, 36-летний полизависимый наркоман и алкоголик из маленького городка на Среднем Западе, имел скандальную репутацию хулигана и парня, у которого «не все в порядке с головой». Все усилия людей, хорошо знавших и любивших Ральфа (когда он трезвый), желавших помочь и вылечить его, не увенчались успехом. Его семья была известной и уважаемой. Семья и другие граждане, которых волновала его судьба, делали все, чтобы найти для него самых профессиональных специалистов и справиться с его сумасбродным поведением и «безумными мыслями». Посещения двух выдающихся психиатров из находящегося рядом большого города не принесли никаких результатов. В конце концов, после третьего ареста за нетрезвое вождение, Ральфа впервые принудительно направили на государственную программу для водителей, в которой особое внимание уделялось опасности выпивки за рулём. Случайно состоявшаяся в один из вечеров беседа с консультантом по алкогольной зависимости, читавшим там лекции, в итоге привела Ральфа на собрание АА. После этого собрания он начал консультироваться у консультанта по зависимостям в местном центре психического здоровья, так как, по его словам, «было что-то необычное в людях на той встрече. Они рассказывали историю моей жизни». Ральф согласился не пить, но отложил решение считать себя алкоголиком, пока не почувствует себя готовым к этому. Он продолжил консультации и посещение АА. Внезапная перемена в Ральфе не осталась незамеченной в маленьком городке. Горожане поговаривали о «чудесном исцелении», совершенном консультантом. Никто в городе не заметил связи между чудесной переменой в Ральфе и тем фактом, что он бросил пить. По их мнению, ему просто «вправили мозги».

Примерно через четыре месяца консультаций, после того, как Ральф признал себя алкоголиком, он сказал консультанту: «Вы знаете, лучшее из всего, что когда-либо со мной случилось, это то, что я осознал себя алкоголиком. Я никогда не знал, что со мной было не так, хотя и был уверен, что что-то не так. Я боялся, что просто я чокнутый, и у меня нет никакой надежды. Открытие, что я алкоголик, не так страшно, как уверенность в своём сумасшествии».

Не все алкоголики и наркоманы так восторженно принимают трезвость и воздержание. Для тех, кто не испытал такого облегчения, как Ральф, выздоровление будет сопряжено с нарастающей душевной болью и дискомфортом. И это уже второй уровень профилактики срыва. С этой точки зрения, ее стратегия должна быть направлена на то, чтобы помочь алкоголикам и наркоманам держаться и не употреблять алкоголя и наркотиков, пока более стабильное эмоциональное облегчение не будет достигнуто посредством предоставляемых им инструментов, упражнений и рекомендаций, которые были успешно опробованы на других выздоравливающих алкоголиках и наркоманах. Для того, чтобы понять, как можно предотвратить срыв, и насколько полезны эти стратегии, необходимо осознать различие между двумя переменными: (1) факторы, приводящие к срыву на ранней и на поздней стадиях, и (2) вклады в срыв со стороны пациента и терапевта.

Срывы на ранней и поздней стадиях

Срыв — это наблюдаемый симптом и конкретное событие, говорящее об одной из следующих проблем: (1) возврат старой модели мышления (эгоцентризм, нарциссическая защита, предполагающая наличие неразрешенного чувства стыда, и т.д.); (2) человек не смог выполнить рекомендации программы; и (3) терапевт пренебрег обращением к важной проблеме в лечении пациента. Анализируя срыв соответствующим образом, можно понять, что из необходимого было упущено или не сделано. Анализ срыва — это не поиск оправдания. Он должен быть мотивирован желанием разобраться в том, что и почему произошло, и его цель — в том, чтобы помочь сорвавшемуся справиться со своей неспособностью оставаться трезвым и держать ее под контролем. В дальнейшем это приведет его к принятию на себя ответственности за произошедшее и обретению уверенности в том, что в будущем он будет действовать по-другому, чтобы это не повторилось вновь. Как сказал Сантаяна, «Тот, кто не ведает об ошибках истории, обречен повторить их».

Для срыва на ранней стадии обычно характерен ряд общих переменных. Со стороны пациента это, как правило:

1. **Отрицание.** Алкоголики и наркоманы всё ещё не сделали Первого шага и не признают своего бессилия против алкоголя и наркотиков. Иногда начинающие выздоравливать пациенты должны проверить первый шаг, чтобы раз и навсегда исключить вероятность того, что они когда-нибудь смогут выпивать «нормально» или принимать наркотики для развлечения. Возможность для них «попробовать еще раз» говорит о необходимости начать программу с нуля, и иногда это все, что нужно, чтобы они вернулись к выздоровлению.
2. **Неудача в работе по шагам программы.** Многие алкоголики и наркоманы упорно держатся за иллюзию, будто всё, что они должны делать для выздоровления — это просто не употреблять наркотики или алкоголь. Те, кто так думает, скоро поймут, что выздоровление требует гораздо большего. Первый шаг программы — единственный, в котором упоминаются алкоголь и наркотики. Оставшиеся одиннадцать шагов имеют дело со стыдом, виной, честностью, альтруизмом, исправлением дефектов характера и бесстрашной моральной инвентаризацией. Все эти усилия требуются программой, а также прекрасно укладываются в рамки работы, которая может быть выполнена в группе.
3. **Честность** — это слишком сложно. Краеугольный камень двенадцатишаговой программы — честность. Честность, требуемая не только от других, но прежде всего от самого себя. Поскольку большинство алкоголиков и наркоманов страдают от жгучего чувства стыда, признание даже в маленьком промахе или неудаче может стать мучительным событием. Они не могут мириться ни с чем отрицательным в самих себе, и потому пойдут на все, чтобы избежать, минимизировать и отказаться от реальности ситуации, если она хотя бы в малой степени угрожает их хрупкому самолюбию. Это ведёт к самообману, достигающему огромных масштабов, иногда граничащему с бредом. Они буквально не могут видеть или признавать то, что для всех окружающих является очевидным. Именно поэтому групповой формат и собрания в двенадцатишаговой системе являются ключевыми в их лечении. Через идентификацию и принятие таких же, как и они сами, они могут вместе честно встретиться с тем, с чем они не смогли бы столкнуться в одиночку.
4. **Фантазии о своей особости.** Из-за необходимости прибегать к чрезмерной нарциссической защите, чтобы подавить чувства стыда и собственной никчемности, большинство алкоголиков и наркоманов становятся жертвой убеждения в том, что они не могут быть такими же, как те другие неудачники, потому что они — особенные. Смирение является противоядием от такой тенденции дистанцироваться от того, что они отказываются признать, так как это бы нанесло урон их чувству собственной ценности. Представление в манере: «Здравствуйте, меня зовут Джо, я алкоголик» очень важно в программе АА. Эта практика, которую люди, не имеющие к программе отношения, считают вредным навешиванием ярлыков, на самом деле является постоянным напоминанием о смирении, необходимом для выздоровления.

5. **Ещё не достиг дна.** Активные члены АА и других двенадцатишаговых систем очень скоро поняли, что есть и такие, которым необходимо потерять всё (т.е. работу, семью, деньги, самоуважение, здоровье и т.д.), чтобы признать себя алкоголиками. Такой упрямый отказ смотреть в лицо реальности типичен для тех, кто в АА именуется «имеющими низкое (глубокое) дно» алкоголиками. И наоборот, существуют алкоголики и наркоманы «с высоким (близким) дном». По ряду причин они в большей мере способны увидеть последствия своего пьянства или употребления наркотиков без переживания тотального разорения и опустошения, через которое проходят многие участники программы. «Поднять дно алкоголика или наркомана» — смысл хорошо проведённой интервенции, в которой реалии и факты последствий пьянства и употребления наркотиков не могут отрицаться. Подобный путь научения через узнавание себя в другом является ещё одним уникальным преимуществом группы и двенадцатишаговых собраний, которое не может быть достигнуто одной только индивидуальной терапией. Алкоголикам и наркоманам не надо делать каждую ошибку самим для того, чтобы понять, что надо делать и чего надо избегать, чтобы выздороветь. Достаточно быть свидетелями этих ошибок, чтобы научиться на опыте других и не повторять их.
6. **Когнитивные нарушения.** Исследования наглядно демонстрируют, что алкоголики и наркоманы, особенно на ранних стадиях выздоровления, часто не располагают умственными способностями, необходимыми для того, чтобы в полной мере успешно реагировать на проводимое лечение. Максимумы АА типа «чем проще, тем лучше» и «живи одним днем» обеспечивают структуру и ориентиры именно того типа, который необходим многим на ранних стадиях выздоровления. Терапия, ориентированная на инсайт, практически бесполезна на данном этапе. Вдохновение, мотивация, направление и конкретные указания, вероятно, скорее приведут к хорошим результатам для тех, кто только что протрезвел или недавно срывался. Как говорят начинающим выздоравливающим членам АА, «Когда ты по самые уши в крокодилах, не стоит вспоминать о том, что твоей конечной целью было осушение болота». Во время кризиса выживание важнее понимания.

Вклад терапевта в возможность срыва

1. Неадекватное лечение

Неадекватное лечение — обычно результат или перебора, или недобора в каком-то жизненно важном для выздоровления элементе. В большинстве случаев это означает «слишком много аффекта на слишком раннем этапе». Для некоторых, наоборот, это может означать «слишком мало аффекта на слишком позднем этапе». Это может также указывать на слишком низкую мотивацию пациента или слишком большую апатию терапевта, и, как следствие, недостаточную вовлеченность в лечебный процесс. Иногда это может быть отражением чрезмерной конфронтации и недостатка поддержки. Или наоборот — слишком много поддержки и слишком мало конфронтации. В знании того, как добиться такого тонкого равновесия для каждого пациента — искусство хорошего эффективного лечения.

Иногда отказ наркомана или алкоголика от участия и контактов с товарищами по двенадцатишаговой программе может быть обусловлен как сопротивлением пациента, так и сопротивлением терапевта. Многие врачи, занимающиеся оказанием первичной медицинской помощи, терапевты и другие специалисты здравоохранения могут разглагольствовать о важности воздержания и восхвалять двенадцатишаговые программы, но очень редко их направления и рекомендации приводят алкоголика или наркомана на путь выздоровления. Последнее исследование Миллера и Хоффмана (Miller и Hoffman, 1995) выявило, что «врачи обычно не определяют и не направляют пациентов, нуждающихся в лечении, в ориентированные на воздержание программы для алкоголиков и наркоманов... Учитывая тот факт, что люди с аддиктивными проблемами непропорционально представлены в популяциях учреждений здравоохранения, получить такую статистику весьма проблематично. Предполагаемое количество алкоголиков и наркоманов в медицинской и психиатрической практике варьирует от 25% до 80%» (с.41). Эти данные совпадают с полученной ранее статистикой исследования, проведенного на базе государственных больниц в 1964 году, которое выявило, что только 3,3 % регистрируемых ежедневно пациентов были признаны алкоголиками, хотя, по оценкам исследователей, их было около 30 процентов. (Moore and Buchanan, 1966). Более позднее исследование выявило, что из 23% случайной выборки клиентов психотерапевтов крупного столичного центра психического здоровья, признававших, что у них были аддиктивные проблемы, лишь 3,5% были некогда признаны аддиктами своими собственными терапевтами. (Cummings, 1979).

Если алкоголики или наркоманы срываются, и основным фактором, повлекшим это, является их недостаточная вовлеченность в анонимное общество, велика вероятность того, что они не получат адекватного направления в нужную двенадцатишаговую программу, если они вообще услышат о ней. Несведущие или плохо подготовленные врачи могут или просто не знать, как работает товарищество, или же иметь чрезвычайно отрицательное отношение к программе. Кроме того, несмотря на то, что собрания АА проводятся по очень схожим и порой жестким канонам, разные собрания могут существенно отличаться по многим важным параметрам. И недавно сорвавшийся алкоголик или наркоман вынужден долго искать, пока не найдет нужное собрание с нужным составом людей. Неспособность принять эту реальность, которая есть не что иное, как сопротивление, будет только увеличивать вероятность срывов в будущем. Давайте рассмотрим это на примере.

Консультант по алкогольной зависимости, взгляды которого находились под сильным влиянием модели Терапии Нового Решения Боба Гулдинга, читал лекцию в стационарном наркологическом отделении для алкоголиков и наркоманов группе недавно поступивших пациентов. Несколько ранее в этот же день он подчёркивал важность работы по преодолению сопротивления лечению и упоминал о том, какое значение придавал Гулдинг таким словам, как пытаться, не могу и надо, как индикаторам сопротивления и отказа от признания ответственности за свои действия. Гулдинг, будучи представителем сильной школы Трансактного анализа и придерживаясь этой теоретической ориентации, утверждал, что пассивный отказ человека изменяться часто проявляется в специфике используемого им языка. Одним из ключевых слов для Гулдинга было пытаться, которое означало для него то, что на самом деле пациенты не собирались добиваться этого со всей силой своей убежденности, но хотели создавать иллюзию попытки, пробуя. То есть, при изначальном отсутствии действительного намерения достичь цели, что неизбежно приведет к срыву, который они будут оправдывать, крича «Видите, я пытался, но ничего не вышло». Для Гулдинга вы либо собираетесь действительно что-то сделать, либо нет, и третьего здесь не дано. Следующими ключевыми словами в формуле Гулдинга было не могу, означающее, по его мнению, не буду, и надо, что означает хочу. На этой лекции во второй половине дня, когда консультант был где-то в середине своих рассуждений о необходимости и важности АА для исцеления алкоголиков, его перебил один из пациентов, возразивший против этого его утверждения. Пациент (Билл) был 36-летним алкоголиком, который сорвался во второй раз, и каждый раз оказывался не способен сохранять трезвость более шести месяцев. Билл пожаловался, что АА не для него, и что это не работает. Минуты три он рассказывал о провалах и ограничениях двенадцатишаговой философии и её требования полного воздержания. Прерванный в конце концов консультантом, предложившим ему поискать для себя более подходящее собрание, Билл быстро возразил, сказав, «Я пытался найти другое собрание, но не смог, и вообще не уверен, что оно мне нужно.» Все, бывшие на лекции о Новом Решении и Трансактном Анализе, тотчас же узнали ключевые слова в его утверждении, так как утренняя часть лекции была ещё свежа в их памяти. На последовавшую реакцию группы Билл не смог не отреагировать признанием комичности своего положения, и он и вся группа добродушно рассмеялись, помогая ему признаться в своем сопротивлении, заменив ключевые слова на подразумеваемые, «Я не буду искать собрание АА, потому что не хочу его найти». Это утверждение более точно отразило его позицию относительно воздержания и выздоровления, и помогло ему понять, какую роль сыграло сопротивление в его срывах.

Срывы на поздних стадиях.

Факторов, способствующих срывам на ранних стадиях, довольно много. Что же касается срывов на более поздних этапах, то они в основном связаны с двумя переменными. Шансы сорваться у алкоголиков и наркоманов возрастают всякий раз, когда им становится или очень хорошо, или очень плохо. Чувство особого благополучия часто является показателем того, что вернулись старые нарциссические защиты. Грандиозность и чувство собственной исключительности способны как ржавчина разъедать смирение, контролирующее защиты алкоголиков и наркоманов. В то время, как трезвость дает им возможность упорядочить творческие силы и энергию, ранее бывшие в подчиненном положении, они вновь начинают обнаруживать у себя способность к достижению и успеху. Для алкоголиков и наркоманов так же просто приписать весь свой успех своей уникальности, как и яростно ругать и обвинять себя за любую неудачу или ошибку. По мере того, как их достижения растут, вместе с ними растёт и уязвимость к интоксикации успехом, как раньше к алкогольной и наркотической интоксикации. А от этого остается только один шаг до слишком большой занятости «важными вещами», пропуска собраний, до «Я не могу быть одним из них» или «Я нахожу эту вещь скучной». Пара успешных попыток выпить или принять наркотик под контролем, и они окончательно утверждаются в мысли о своей уникальности и исключительности. За этим неизбежно следует срыв.

А на другом конце спектра находятся выздоравливающие алкоголики и наркоманы, которые остаются трезвыми и не употребляют наркотиков, но и не ощущают никакого облегчения дисфории или преимуществ от возрастания покоя и удовлетворённости. Здесь очень важно разобраться, а делают ли эти люди действительно что-то большее для своего выздоровления, чем просто воздержание от употребления. Все ставки потеряны, если они действительно не идут по пути выздоровления; т.е. не работают над шагами, не посещают собрания, не имеют спонсора, не занимаются честным самоисследованием и активно не участвуют в группе. Однако, несмотря на честное выполнение всего, что от них требуется, многие преданные члены двенадцатишаговой программы продолжают чувствовать себя плохо. Трезвость и двенадцатишаговая система не приносят им долгосрочных преимуществ. Во многих случаях они лишаются облегчения, доставляемого им самолечением (алкоголем и наркотиками), каким бы непредсказуемым и кратким ни было это облегчение. Медленно, но верно их твердое решение больше никогда не пить и не принимать наркотиков разъедается дисфорией и непроходящим чувством несчастья, доминирующим в их существовании. В последующем они перестают заботиться о своей трезвости, потому что жизнь теряет для них какую бы то ни было значимую цель. Апатия типа «А мне наплевать» — очень опасная позиция, если ее занимает выздоравливающий наркоман или алкоголик. От «А мне наплевать» до «С таким же успехом я мог бы и пить, хуже, чем сейчас, все равно быть не может» — очень короткий путь. Чрезвычайно важно для ведущего группы улавливать такие тревожные сигналы от человека, который делает всё, что он должен делать для собственного выздоровления, и при этом чувствует себя всё хуже и хуже. Часто в таких случаях могут быть показаны антидепрессанты или другие ненаркотические препараты, если есть уверенность, что назначающий их врач — нарколог или хорошо знаком с принципами формирования зависимостей и их лечения. Пациенты с двойным диагнозом, страдающие от других психических расстройств, часто попадают в данную категорию.

Зависимости имеют тенденцию затрагивать членов семьи, и многие алкоголики и наркоманы выросли в аддиктивных семьях. Многие неразрешённые проблемы взрослых детей алкоголиков могут также усугублять их положение. Может потребоваться более интенсивная и частая дополнительная психотерапия. Поскольку все больше признается, что большой процент наркоманов и алкоголиков встречается среди мужчин и женщин, ставших жертвами сексуального насилия, во многих случаях специалисты стали рекомендовать осторожное исследование диссоциативных защит и подавленных воспоминаний. Выздоровление алкоголиков и наркоманов в вышеупомянутых случаях в действительности может быть сопряжено со множеством осложняющих факторов, объясняющих плохое самочувствие, несмотря на все их усилия. Поэтому наставления типа «составь список тех, кому ты признателен», «перестань жалеть себя», «не ной» и «если бы ты исполнял все предписания программы, ты бы так себя не чувствовал» не только бесполезны, но и разрушительны.

Профилактика срыва

В последние десять лет обеспокоенность большим процентом наркоманов и алкоголиков, срывающихся после того, как они оставляют режим, безопасность и жесткий контроль стационара, привела к разработке ряда моделей для профилактики срыва. Уже практически с момента прекращения приема аддиктами химических субстанций озабоченность возможным срывом становится постоянной и основной доминантой лечения. А после выписки из стационара и возврата к давлению, проблемам и требованиям улицы или реального мира эта озабоченность становится ещё более острой.

Модели профилактики срыва были построены так, чтобы обеспечивать простые и полезные концептуальные рамки для предоставления аддиктам амбулаторного лечения на базе абстиненции. Первоначально профилактика срывов применялась для того, чтобы минимизировать их отрицательные последствия, и обучить навыкам, которые помогли бы наркоманам и алкоголикам избежать дальнейшего скатывания вниз, или дать ключи, с помощью которых они могли бы избежать эмоциональных и социальных факторов, ведущих к срыву. Большинство подходов к профилактике срыва являются бихевиорально-ориентированными, и построены таким образом, чтобы помочь человеку узнавать специфические ситуации или условия, которые с наибольшей вероятностью вызовут условную реакцию, способствующую приему алкоголя или наркотика. Эти стратегии могут быть чрезвычайно полезными и легко интегрируемыми в более психодинамический групповой подход, подобный моделям Ялома, Ормонта или Кохута.

Роусон (Rawson и др., 1993) дает прекрасный обзор методик профилактики срывов. Он ссылается на ряд авторов и исследователей, разработавших различные модели лечения и применяющих профилактику срыва в качестве основной философии и методологии своих подходов. Другие описанные методы предлагают клинические рекомендации для профилактики срыва при всех типах химической зависимости (т.е. алкоголь, марихуана, кокаин, героин, опиаты). Авторы описывают работы ряда исследователей, которые создали специальный протокол для каждого наркотика, для оценки данного подхода при лечении специфических групп наркоманов. Также приводится обзор техник, которые можно легко интегрировать в амбулаторные модели терапии.

Структурированная групповая терапия.

Обзор моделей профилактики срыва Роусона и др.(1993) особенно полезен потому, что в последние несколько лет финансовые ограничения, возросшая стоимость медицинского обслуживания и попытки страховых провайдеров сократить затраты оказали глубокое влияние на лечение зависимостей. Четырёх — шести недельная госпитализация больше не является стандартной формой лечения. Всё чаще лечение предлагается в виде дневного стационара и амбулаторных программ. Комплексные программы, применявшиеся обычно в условиях стационара на базе наркологических отделений больниц, сейчас адаптированы для амбулаторного лечения. Групповая терапия остаётся ключевым компонентом в этом адаптированном варианте, и большая часть того, что ранее применялось в больницах, теперь используется в структуре амбулаторных программ.

Несмотря на резкую перемену терапевтического климата, понимание специфических требований, предъявляемых стационарной формой лечения к групповой терапии, все еще остаётся важным. Будь то группа, проводимая в условиях закрытого отделения стационара, или часть дневной программы за его пределами, институциональные условия ее проведения будут в любом случае оказывать существенное влияние на то, с чем ведущему придётся столкнуться в процессе групповой терапии.

Многие из трудностей и препятствий, которые придется преодолевать ведущему группы, как части структурированной терапевтической программы, будут теми же, что и трудности, исторически возникавшие в условиях клиники, где групповая терапия была частью стационарной программы лечения. Ялом написал превосходную книгу по стационарной групповой психотерапии, в которой исследовал специальные методы адаптации, необходимые для его модели групповой терапии, когда ведущий должен вести группу в «институциональной обстановке». В отличие от стационарных психиатрических отделений, которые, по мнению Ялома, менее чувствительны и восприимчивы к мощному и проверенному воздействию групповой психотерапии, в отделениях по лечению алкогольной и наркотической зависимости (A&D) она исторически принималась тепло и с энтузиазмом, как ключевая и неотъемлемая часть лечения наркоманов и алкоголиков. Но и несмотря на такое положительное восприятие групповой психотерапии, её применение в структурированной лечебной программе имеет ряд весьма существенных сложностей для ведущего группы.

Рекомендации Ялома приобретают особенно важное значение при осмыслении и обобщении их для применения во всех формах работы в больничных условиях.

Как указывает Ялом, цели, структура и методы применения групповой терапии в условиях стационара не всегда последовательны и чётко определены. Это одинаково справедливо как для А&D, так и для стационарных психиатрических групп. Неразбериха, существующая вокруг применения групповой терапии, является одной из причин непризнания ее эффективности многими руководителями медицинских учреждений. Современные формы групповой терапии, разработанные на базе адаптированных теоретических моделей, заимствованных из практики амбулаторной работы с непсихотическими пациентами, обычно не применимы к популяции стационара. Стационарная групповая психотерапия (как с психиатрическими, так и с зависимыми пациентами) требует, чтобы специальные условия, сопутствующие стационарному лечению, были оценены и приняты во внимание ещё до того, как ведущий непосредственно приступит к непростым задачам лечения. Ялом предлагает некоторые необходимые рекомендации, которые следует учесть для успешной стационарной групповой психотерапии. Они будут рассмотрены несколько ниже в этой главе. Прежде всего, необходимо будет оценить специальные параметры и обстоятельства, в которые попадают вновь поступившие в больницу наркоманы и алкоголики, так как именно они определяют пределы применимости групповой терапии для данной категории больных. Несмотря на до сих пор продолжающиеся жаркие дискуссии по поводу обоснованности и значения концепции болезни, ведущие групп пытаются дать определение болезни и структурировать её лечение в формате групповой терапии. Для разработки эффективной модели стационарной групповой терапии необходим поэтапный подход, определяющий преобладание тех или иных проблем и необходимость тех или иных дополнительных терапевтических мероприятий в зависимости от этапа лечения. Обычно не все поступающие на лечение алкоголики и наркоманы нуждаются в детоксикации, тем не менее, это общепринятый первый шаг при госпитализации. Дискуссия вокруг того, какие критерии надо использовать для определения необходимости проведения медицинской детоксикации, не входит в круг целей данной книги. Поэтому достаточно будет заметить, что больные, требующие детоксикации, должны быть исключены из групповой терапии до тех пор, пока они не будут стабильны с медицинской точки зрения. Знакомство с этой темой и понимание симптомов прогрессирующего абстинентного синдрома должно быть обязательным для ведущего группы на всех этапах лечения алкогольной и наркотической зависимости.

Рекомендации Ялома для стационарных групп

Существует ряд трудностей, с которыми сталкиваются ведущие групп. Они должны бороться не только с сопротивлением и нарушенными когнитивными способностями пациента, но также и с трудностями, характерными для особых условий любого стационара. Как пишет Ялом, «для эффективного руководства группой требуется ряд специальных навыков. Тренинги по индивидуальной и амбулаторной групповой психотерапии не являются достаточной клинической подготовкой для группового терапевта стационара. Палата неотложной медицинской помощи представляет собой радикально специфические условия, требующие соответствующих радикальных изменений в технике групповой терапии» (1983, с.36). Методы работы и задачи группового терапевта, приведённые в Главах 4 и 5, необходимо изменить так, чтобы они удовлетворяли требованиям стационара.

Ялом (1983) приводит различные факторы, которые будут препятствовать попыткам ведущего проводить эффективную групповую терапию:

1. Значительный оборот пациентов. Средний срок пребывания длится от 4 до 6 недель. Некоторые пациенты находятся в стационаре всего лишь несколько дней. Почти на каждой группе появляется новый пациент.
2. Некоторые пациенты посещают группу всего один-два раза. Нет времени работать над завершением. Поскольку на каждом занятии кто-то завершает терапию, сосредоточение на этом поглощало бы все время группы.
3. Большая гетерогенность психопатологии: пациенты с неврозами, характерологическими отклонениями, химическими зависимостями, подростковыми проблемами, серьезными эмоциональными расстройствами, нервной анорексией, а иногда и с психозами — все эти категории могут присутствовать на одном занятии.
4. Все пациенты находятся в состоянии острого дискомфорта, они больше стремятся выйти из абстинентного синдрома или острого отчаяния, чем прийти к личностному росту и самопониманию. Как только пациент минует острый кризис, он часто больше всего хочет скорейшей выписки.
5. Присутствие в группе большого числа немотивированных пациентов: они могут быть психологически очень простыми и наивными, они могут не желать оставаться в стационаре, не соглашаться, что нуждаются в терапии, часто они не платят за лечение и не любопытны самим себе.
6. У терапевта нет времени на подготовку или скрининг пациентов.
7. Часто терапевт не контролирует состав группы.
8. Нет постоянства ведущего. Многие из них работают посменно и обычно не могут присутствовать на каждом занятии группы.
9. Пациенты видят своего терапевта в разных ролях в течении дня.

10. Групповая терапия — лишь один из видов лечения, в которых участвует пациент; некоторые из этих других видов лечения он проходит с другими пациентами из своей группы, часто их проводит тот же терапевт, что и ведущий группу.
11. Часто практически нет смысла в сплочении группы, недостаточно времени для того, чтобы участники научились заботиться и доверять друг другу. Нет времени для постепенного понимания тонких межличностных паттернов или для их «проработки», нет возможности сосредоточиться на переносе того, чему научились здесь, на ситуацию дома (с. 50-51).

Учитывая эти трудности, ведущему группы придется приспособиться к тому, чтобы работать в стационаре. Самой важной задачей для него будет постановка адекватных и реалистичных целей, которых можно достигнуть в рамках ситуации, времени и состава отделения. Отсутствие поставленных целей приведёт терапевта, членов группы и группу в целом к бесцельному барахтанию. Если цели нереальны или чрезмерно амбициозны, это будет вести к постоянному нарастанию разочарования ведущих и, в конце концов, приведет к тому, что они признают себя или групповую терапию безнадежно неэффективными. Постановка целей всегда предполагает два разных, но параллельных процесса. Ясные цели должны быть выработаны с каждым членом группы с учетом срока его трезвости и владения межличностными инструментами, необходимыми для обеспечения выздоровления. Подразумеваемые цели, основанные на оценке ведущим потребностей конкретного индивида в отношении группового процесса, также должны контролироваться ведущим. Он или она должны четко понимать, кого из членов группы необходимо поддержать, кого из них конфронтировать, кого ободрить, а кого оставить в покое на время сессии.

Данная ситуация осложняется тем, что цели групповой терапии не всегда идентичны целям клиники или лечебного учреждения. К сожалению, руководители медицинских учреждений и реабилитационных программ не всегда поддерживают групповую психотерапию. Они не способны оценить ее потенциал как мощного инструмента выздоровления больных. В некоторых случаях наркологическое отделение может быть настолько жестко замкнуто на АА и концепцию болезни, что они будут считать все формы психотерапии противопоказанными для лечения алкоголиков и наркоманов. Естественно, что групповая терапия, проводимая как слишком усердными ведущими, провокативными и способствующими слишком сильной регрессии слишком рано, так и ведущими, которые не в состоянии адекватно понять концепцию болезни, и, как следствие, недооценивают важность оценки уровня когнитивной отсталости и необходимости воздержания до того, как станет возможным интроспективное самопонимание, могут иметь вредное влияние на вновь поступившего пациента. Вот почему цели ведущего должны быть реалистичными и созвучными целям лечебного учреждения. Если группа проводится в соответствии с предписанной процедурой, тщательно учитывающей особые обстоятельства поступившего пациента, тогда терапевтическая группа не будет противоречить АА и концепции болезни. Группа может быть направлена на решение тех проблем лечения пациента, которые упускают АА и концепция болезни.

Концепция болезни и АА намного эффективнее в том, чтобы помочь пациенту достичь трезвости и поддерживать ее. Поскольку это первый и самый важный шаг пациента на пути к выздоровлению, этой цели и должно отдать приоритет. Групповая терапия, если она способствует слишком большой тревоге или интроспекции, или поощряет веру в то, что контролируемое потребление алкоголя или наркотика возможно, будет только мешать процессу выздоровления. Групповая психотерапия наиболее эффективна, если достигает двух целей. Во-первых, помогая членам группы избегать стресса и справляться с ним, она играет жизненно важную роль в снижении вероятности срыва. Во-вторых, и это самое важное, согласно Ялому, первостепенная цель стационарной терапевтической группы состоит в том, чтобы вовлечь пациента в процесс терапии. Это двойной терапевтический процесс, который Ялом называет горизонтальным (многоаспектная лечебная программа в стационаре, включающая групповую терапию, лекции, собрания АА и т.д.) и продольным (пост-стационарный лечебный курс, включающий группы реабилитации, собрания АА и т.д.).

Горизонтальный процесс

Групповая терапия на начальных стадиях лечения наркоманов и алкоголиков наиболее эффективна, благодаря своей способности успешно бороться с чувством изоляции, стыда и ненависти к самим себе. Через идентификацию с другими членами группы аддикты узнают, что они не одиноки в своём несчастье и не уникальны в своей склонности к самоотравлению и к поведению, грубому и неуважительному по отношению как к самим себе, так и к другим. Универсальность как целительный процесс позволяет наркоманам и алкоголикам узнать, что они имеют общность и связь с другими — теми, с кем они идентифицируются. Тесная связь и доверие к другим членам группы, понимающим и принимающим их недостатки, приводит к выходу из изоляции и отчуждения — двух глубоко укоренившихся состояний, которые в большой степени способствовали употреблению ими алкоголя и наркотиков. Концепция болезни помещает их трудности в ограниченные, управляемые рамки, облегчая их чувство вины и поднимая самоуважение. От одного до двух месяцев структурированного воздержания позволяет им очиститься когнитивно, эмоционально и физически. Часто впервые за многие годы алкоголики и наркоманы обретают надежду и приходят к пониманию своего состояния и направления, в котором необходимо прилагать усилия.

Продольный процесс

Насколько бы важным ни был горизонтальный процесс для выздоровления алкоголиков и наркоманов, их госпитализация и стационарное лечение будут эффективны лишь в сочетании с продолжительной реабилитацией.

Амбулаторная групповая терапия и постоянное посещение собраний АА являются двумя важными составляющими продольного процесса. Поэтому одна из самых важных целей стационарной групповой терапии — адекватное, комфортное и эффективное введение в групповую терапию как таковую. Подобный опыт увеличивает вероятность того, что стационарный пациент будет участвовать в реабилитационной группе. Если наркоманы и алкоголики усвоят, что разговоры помогают, и группу можно использовать для определения своих важных проблемных зон, постоянная реабилитационная или амбулаторная группа будет для них гораздо более привлекательной.

Состав стационарных групп

Ялом различает две базовые стратегии комплектации стационарных терапевтических групп: командный подход и уровневый подход. При командном подходе пациенты назначаются в разные группы произвольно, обычно в порядке их поступления в стационар. Уровневый подход требует, чтобы пациенты распределялись в группы в соответствии с уровнем функционирования. Более серьезно больные будут помещены в одну группу, а пациенты с более высоким уровнем функционирования — в другую. Оба подхода имеют как положительные, так и отрицательные последствия. Чтобы получить преимущества от обоих подходов, Ялом советует проводить командную группу каждый день, а уровневую — через день. Поскольку рекомендации Ялома касаются исключительно психиатрических больных, они должны быть модифицированы, прежде чем смогут быть обобщены для применения к пациентам-аддиктам. Поскольку большинство наркоманов и алкоголиков имеют одинаковый уровень эго-функционирования, рекомендации Ялома не вполне уместны для данного контингента. В редких случаях в отделение поступают пациенты с гораздо более серьезными психическими проблемами, и их симптомы, несколько приглушенные употреблением наркотиков или алкоголя, становятся очевидными при воздержании. Для таких пациентов может быть необходим перевод в психиатрические отделения. Большинство химически зависимых пациентов будут в состоянии войти в группу одного уровня, и обычно редко возникает необходимость в группах более низкого или более высокого уровней.

Брике (Brix, 1983) предлагает свой вариант этого двухэтапного формата для стационарных химически зависимых пациентов, который перекликается с предложениями Ялома. Его рекомендации относятся к формату, требующему двухступенчатого опыта. Первая стадия — это группа активного лидера. Вторая стадия ставит во главу угла то, что Брике называет «группо-центрированный подход». Он пишет:

«Когда самые серьезные последствия интоксикации будут сняты до такой степени, что пациент будет уже достаточно понятливым и внимательным, он будет введен в нашу так называемую группу «А», которая собирается 5 дней в неделю на 45-минутные сессии. Моя цель в данной группе — сориентировать пациента на комплексную программу лечения и, в особенности, помочь ему начать осознавать, что значит быть членом терапевтической группы безотносительно к теме группы или ее формату. Из-за значительной неровности когнитивного функционирования пациентов на этой стадии лечения, я очень гибок в своём подходе — иногда серьёзном, иногда эксцентричном, но обычно достаточно активном. По прошествии 7-10 дней большинство наших пациентов переводятся в более группо-центрированную «группу В». Этот переход представляется практически всем нашим пациентам символом статуса, а персоналу — знаком их прогресса». (1983, с.254-255)

Брике считает, что для того, чтобы стационарный пациент мог успешно участвовать в группо-центрированной группе, он должен быть в состоянии справляться с фрустрацией и тревогой, порождаемыми подобным форматом. Он пишет:

«Формат психотерапевтических групп возникает как следствие убеждения в том, что (1) группо-центрированный групповой опыт, даже если и очень непродолжительный, не менее, а возможно, и более ценен, чем любой иной групповой опыт, возможный для многих алкоголиков; и (2) польза для пациентов существеннее, если они сначала были подготовлены участием в группе активного лидера» (с. 254).

После пребывания этих пациентов в течение 7-10 дней в группе «А», Брике переводит их в группо-центрированную группу «В». О своем переводе они уведомляются днем раньше следующим письменным сообщением:

«До конца вашего лечения вы будете участвовать в психотерапевтической группе «В». Формат группы «В» предполагает то обстоятельство, что вы хотите лучше понять себя и свои чувства. Для членов группы не является необычным временами испытывать тревогу и сомнение, когда на какое-то время их обуревают сильные чувства. Все это является частью терапевтического процесса в группе. Для того, чтобы извлечь из этого максимум пользы для себя, единственное, что вы должны сделать, это честно и откровенно высказать все, что вы думаете и чувствуете по отношению к группе и вашим товарищам по группе. Вас просят быть готовыми к тому, чтобы оставаться в группе в течение 1-1,5-часовой сессии без перерыва» (Brix, 1983, с. 255).

Подобный формат, с акцентом на подготовительных инструкциях для вступления в групповую терапию, выполняет для ведущих две важные задачи. Он позволяет подготовить людей к участию в психотерапевтических группах и обеспечивает необходимую структуру для их ведения. И хотя соображения Брикса по поводу формата группы «В» остаются спорными, в связи с ее недостаточной структурированностью для впервые поступающих на лечение алкоголиков и наркоманов, его обоснование перехода из группы «А» в группу «В» заслуживает серьезного рассмотрения, как представляющее ряд преимуществ для лечения. Брике приводит следующие достоинства формата группы «В»:

«На мой взгляд, существует как минимум четыре неоспоримых обстоятельства, по которым группоцентрированная групповая терапия должна быть включена в программу лечения алкоголизма. (1) этот формат имеет тенденцию предохранять от чрезмерного использования терапевтом конфронтации, (2) уменьшается опасность того, что интервенции терапевта будут основаны на контрпереносе, (3) несколько увеличивается вероятность того, что будет иметь место терапевтическое использование явлений переноса, и (4) большая вероятность того, что пациенты станут оказывать лечебный эффект друг на друга». (1983, с. 256)

Из-за недостаточной продолжительности, большой текучести состава и других трудностей, на которые указывает Ялом, существует достаточно много возражений против «группо-центрированного» формата Брикса, по крайней мере, в том виде, в котором он его преподносит (1983). А вот его предложения по поводу двухуровневого подхода и способа осуществления перехода из группы «А» в группу «В» действительно высоко эффективны. Если бы ведущий группы следовал его рекомендациям, то формат группы «В» был бы более полезным при условии интеграции в него стратегий Ялома.

Стратегии и техники лидерства Ялома

Эффективное руководство стационарной психотерапевтической группой в соответствии с рекомендациями Ялома требует от ведущего большой активности и обеспечения структуры для группы. Как говорит Ялом, «Групповая психотерапия в стационаре — не место для пассивного, вялого терапевта. Не место это и для недирективного лидера!» (1983, с. 107). Быстрый оборот популяции больных и краткое время их пребывания в больнице мешает ведущему работать в стиле более пассивного и менее структурированного руководства. Поэтому ведущий группы должен думать о жизни группы, как длящейся всего одну сессию. Это реализуется в позицию, исходя из которой ведущий должен выполнить как можно больше групповой работы для максимально возможного количества пациентов в рамках одной группы. Чтобы добиться этого, необходим активный и директивный лидер.

Для ведущего группы в отделении стационара существуют следующие четыре основные задачи:

1. Ведущий группы должен быть активным и эффективным, он не должен позволять группе тратить время зря.
2. Ведущий должен обеспечить безопасность как основной приоритет в группе.
3. Для стационарных групп необходимы поддерживающие лидеры.
4. Ведущий должен быть директивным и обеспечивать структуру.

1. Ведущий группы должен быть активным и эффективным.

Внутренний хаос, присущий личностям, попадающим в группу, требует, чтобы ведущий задал внешнюю структуру, в качестве первого шага для развития чувства внутреннего контроля. Пациенты стационара предпочитают и лучше всего реагируют на ведущего, который:

- A. Гарантирует равное распределение времени внутри группы. Ничто так не разрушительно для группы, как позволение одним членам группы страдать от повторяющихся, многословных жалоб другого.
- B. Активно вовлекает членов группы, приглашая каждого участвовать и взаимодействовать.
- C. Постоянно заостряет внимание группы на важных и подходящих темах.
- D. Не позволяет пустой болтовне отвлекать группу от работы.
- E. Даёт ясные инструкции во время групповых сессий.

2. Безопасность как приоритет стационарной группы

Ведущий должен создать конструктивную, тёплую атмосферу безопасности и доверия. Участники должны чувствовать, что группа — это место, где они будут услышаны, приняты и поняты. Стационарная групповая терапия — не место для разрушительных конфронтаций, критики или эскалации злобы. Это не значит, что ведущий должен притворяться, будто злобы не существует. Но вместо того, чтобы стимулировать ее или поощрять ее выражение, он должен стремиться к немедленному разрешению конфликта. Большинство химически зависимых пациентов практически не имеют опыта разрешения конфликтов или неструктивного выражения гнева. Опыт того, что конфликт может быть разрешён конструктивно, без физических увечий и вреда, может быть чрезвычайно терапевтичным для многих пациентов. Часто поощрение обсуждения незначительных неприятностей до того, как они выльются в яростную тираду, может быть очень важным для этого процесса обучения. Если злоба вспыхнула между двумя участниками, вместо того, чтобы позволить им выплеснуть ее друг на друга, лучше подвести их к тому, чтобы они направили ее на проблему, режим или даже на самого ведущего.

3. Поддерживающие стратегии ведущего стационарной группы

Поддержка в группе — это не просто хорошие и дружественные отношения. Ведущий должен уравновешивать свою поддержку твёрдостью и предсказуемостью. Четко объясняйте, чего вы ожидаете от группы и ее членов. Последовательно объясняйте им причины ваших действий. Постоянная, логически последовательная процедура ведения группы способна совершать чудеса, обеспечивая членам группы поддержку, которая необходима им для того, чтобы откровенно поделиться с группой своими проблемами. Для установления такого типа взаимодействия ведущий должен выполнить следующее:

- A. Признавать с благодарностью вклад каждого человека в группу. Участники реагируют положительно на терапевта, которому они нравятся, который их ценит, отмечает и подкрепляет их позитивные характеристики.
- B. Серьёзно воспринимать каждого члена группы. Не обесценивайте и не минимизируйте их усилия.
- C. Не поощрять пораженческое поведение. Многие члены группы очень чувствительны к поведению других, но, в то же время, они могут быть нечувствительными к своему собственному. Они могут постоянно отвращать от себя и отпугивать других членов группы, не понимая при этом, как или почему они это делают. Иногда могут потребоваться огромные усилия со стороны ведущего, чтобы обнаружить позитивные аспекты поведения многих пациентов.
- D. Помогать одним пациентам понимать причины поведения других. Как отмечает Ялом, «Понять — значит простить». Группа скорее примет раздражающее поведение кого-то из своих членов, если она поймет его причины.
- E. Выявлять ценность членов группы друг для друга и делать на этом акцент. Поскольку большинство алкоголиков и наркоманов страдают от всеобщего порицания и недовольства, понимание того, что они важны для других членов группы, может быть особенно терапевтичным для них. Это, фактически, один из важнейших аспектов двенадцатишаговой программы АА (см. Гл. 8).
- F. Не нападать на пациента и не оказывать поддержку одному члену группы за счет другого. Каждый должен знать, что группа — это безопасное для него место. И если все-таки конфронтация возникает, исходит ли она от члена группы или её ведущего, она должна быть не деструктивной, а направляемой в соответствии с указаниями, приведёнными в Главе 9.
- G. Предоставить члену группы самому решать, до какой степени открытым и честным он может быть в группе. Одна из причин того, что многие участники не склонны в ней открываться, состоит в том, что они боятся зайти дальше и выразить и открыть большую, чем они намеревались, часть себя. Каждый должен знать, что он сам может устанавливать ограничения для обсуждения своих чувств в группе. Исключение составляет лишь аддиктивное поведение (см. Главу 8). Очень важно, чтобы алкоголики и наркоманы открыто обсуждали свои чувства, связанные с употреблением алкоголя и наркотиков. Следовательно, все техники, противоречащие этому требованию, должны использоваться очень ограниченно.
- H. Обращаться с каждым членом группы уважительно и учитывать его достоинство. Не интерпретируйте и не выставляйте на всеобщее обозрение их невербальное поведение или конфликты, даже ради их пользы. Только если это поведение напрямую связано с употреблением наркотиков или алкоголя, необходимо открыто его обсуждать вопреки их желанию.

4. Обеспечение направления и структуры группы

Ясная, структурированная обстановка является очень важной.

Лучше всего сесть в круг, без стола, в закрытой комнате, и исключить нежелательные вторжения. Начало без проволок и своевременное окончание работы обеспечивает членам группы четкий режим. Режим отделения, запрещающий прерывать группу и требующий ее обязательного посещения, внушает дополнительное ощущение важности терапевтической обстановки.

Для обеспечения необходимой степени структурированности стационарной группы Ялом предлагает работать по представленному им плану (см. таблицу 10.3.). По его мнению, разработка и принятие рабочего контракта с каждым членом группы жизненно важно для эффективности стационарной группы. Если это невозможно, сессия рискует дегенерировать до бесцельной, бессвязной беседы.

Таблица 10.3. Базовая программа для стационарных групп Ялома

1. Ориентация и подготовка	2-3 мин.
(Ведущий группы представляется и напоминает участникам о цели, продолжительности и времени встречи. Если есть новые члены, наблюдатели или новый ко-терапевт, он представляет их группе.)	
2. Выработка личных планов	10-20 мин.
(Каждый участник формулирует собственный план на групповую сессию.)	
3. Работа над планами	60-80 мин.
(Ведущий пытается выполнить столько планов, сколько может за время занятия.)	
4. Подведение итогов, комментарии и закрытие группы	2-3 мин.

Ялом не единственный, кто описал занятия в соответствии с личным планом. Роберт и Мери Гулдинг, к примеру, исходя из перспектив трансактного анализа (ТА), используют в терапевтических группах Терапию Нового Решения. (Goulding & Goulding, 1979). Гулдинги требуют контракта от каждого участника до начала какой бы то ни было работы группы.

В своих одно-, двух- и четырёхнедельных тренинговых группах они посвящают первую часть работе по составлению контракта. От участников требуется решить, что конкретно они хотели бы изменить в себе сегодня с помощью группы. Вы не сможете войти в группу Гулдингов, не имея «контракта».

Члены группы очень скоро понимают, что эти «контракты» должны быть предельно ясными. Если человек заявляет, что он хотел бы «попытаться» измениться, Боб Гулдинг достаёт из-под стула свой знаменитый «колокольчик попыток» и начинает звенеть в него. Для Гулдингов вы или хотите, или не хотите измениться, иного не дано. Такая позиция предупреждает появление в группе тех, кого Ялом называет «кинозрителями». Люди не приходят в группу Гулдингов для того, чтобы посмотреть, какое сегодня будет кино.

И хотя требования Ялома не столь строги, он добивается тех же результатов. Во-первых, занятия по плану обеспечивают структуру, но эта структура не слишком жёсткая. В конечном итоге, ведущий не стремится к созданию лидер-ориентированной группы. Его цель — свободная интерактивная группа. Слишком жёсткая структура будет мешать свободному общению и способствовать развитию у участников зависимости от указаний и руководства ведущего. Слишком слабая структура приводит к регрессии и потере ценного времени, поскольку участники бесцельно бродят вокруг да около, пытаясь найти какое-то общее направление для движения группы. Во-вторых, занятия по плану обеспечивают контакт с каждым членом группы, каким бы он ни был кратким и опосредованным, который позволяет ведущему группы хотя бы «считать» эмоциональное состояние каждого участника в начале занятия. В-третьих, использование ведущим структурированного открытия группы даёт присутствующим ясно понять, что активное участие ожидается от каждого из них. Если кто-то из них сессию за сессией приходит без плана, ведущий должен обратить на него особое внимание и понять причины такого поведения.

Членов группы необходимо учить правильно использовать план занятий. Основная задача ведущего — помочь каждому сформулировать реалистичный план. Его структура может быть очень свободной или очень специфичной. Ялом предлагает, чтобы в этих планах люди идентифицировали какие-то свои личностные аспекты, над которыми они могли бы реально поработать в течение одного занятия. Кроме того, Ялом считает, что планы, чтобы быть максимально эффективными, должны концентрироваться на темах межличностного общения, с тем, чтобы над ними можно было работать здесь и сейчас в процессе группы. И все-таки ведущий вовсе не обязан придерживаться такого жёсткого формата, а эта рекомендация Ялома всего лишь отражает его убеждение в том, что работа группы должна происходить в «здесь и сейчас». При работе с алкоголиками и наркоманами «там и тогда» может быть не менее важным и иметь такое же значение для выздоровления, как и «здесь и сейчас». Поэтому, хотя и рекомендуется, чтобы ведущий группы структурировал свои занятия по плану, следуя рекомендациям Ялома, он, тем не менее, должен знать, что алкоголики или наркоманы, только прошедшие детоксикацию, способны на чуть большее, чем простое выполнение инструкций. Лучше всего не требовать от них приходиться со слишком сложными схемами или планами. В духе мудрости АА, «предельная простота» может быть для них самым правильным, пока у них не будет больше времени для стабилизации. Например, ведущий может начать занятие со следующей установки:

«Время приступить к сегодняшнему занятию. Я бы хотел начать с ваших планов. Пусть каждый из вас представится, скажет несколько слов о том, как он себя чувствует, и о том, что бы хотелось обсудить на сегодняшней сессии. Кто начнёт?»

И здесь будет лучше, если ведущий не станет вызывать кого-то или руководить порядком высказываний каждого, а просто умолкнет. Этой начальной установкой ведущий уже обеспечил достаточно структуры для начала группы, и было бы проявлением излишнего контроля с его стороны, если бы он принялся руководить очерёдность высказываний участников. Обычно члены группы на этом этапе уже следуют указанному направлению. При открытии подобным структурированным образом группа очень редко остаётся сидеть молча в течение длительного времени. Если молчание продолжается более пяти минут, ведущий должен постараться удержаться от «назначения» кого-то первым. Лучше всего будет прокомментировать затруднения группы и удивиться вслух, почему никто не хочет начать.

Этот пример показывает, что начальная установка ведущего может быть краткой и простой. Если в этот день на занятии присутствуют новые члены, или же это самое первое групповое занятие, ведущий может объяснить цель обсуждения планов более подробно. Например, ведущий может дополнить начальные установки следующим:

«Вы можете выбирать любые темы для занятий без ограничений. Вы можете пожелать специально поработать над каким-то способом поведения, который вы бы хотели изменить, или же захотите рассказать группе более подробно о том, как вы себя чувствуете. Иногда некоторые члены группы нуждаются в обратной связи от других участников. В других случаях, у кого-то, возможно, осталось что-то с предыдущего занятия, к чему хотелось бы вернуться».

Формулирование планов может быть достаточно сложным для многих пациентов. Одной из опасностей нечёткого плана является то, что сама психотерапевтическая группа может стать нечёткой или превратится в квази-АА собрание. Это говорит не о том, что собрания АА сами по себе плохие, а о том, что психотерапевтические группы имеют другие цели, и что задача ведущего состоит в том, чтобы цель группы была достигнута. Именно поэтому ведущий должен помочь участникам сформулировать их планы.

В каком-то смысле, его работа состоит в обучении членов группы оперированию специальными терминами, если им предстоит воспользоваться групповой терапией. Члены группы должны понять, что группа — это уникальная форма лечения, преследующая цели, отличные от целей АА, образовательных лекций и дискуссионных групп. Это особенно важно потому, что пациенты начинают стабилизироваться, и их мыслительный процесс проясняется настолько, что они могут соответствовать критериям Ялома для выработки реалистичных и реализуемых планов.

Именно об этом следующее утверждение Ялома:

«Формулирование плана — это вовсе не пассивное, автоматическое занятие. Пациентам нелегко справиться с ним, и терапевт должен приложить значительные усилия для того, чтобы помочь им в этом».

Прежде всего, подавляющее большинство пациентов затрудняются отчётливо понять, чего именно хочет терапевт, и почему. Задача должна быть объяснена пациентам просто и ясно. Терапевт должен дать примеры возможных планов и помочь каждому оформить его или её собственный. Он также должен объяснить пациентам, почему ему необходим этот план, указав на преимущества данного формата.

Создание плана требует трёх шагов, и терапевт должен сопровождать большинство пациентов, особенно на их первой встрече, в течение всех этих трёх шагов:

1. Пациент должен определить, какие именно аспекты себя он хотел бы изменить. Более того, задача должна быть реалистичной; это значит, что данный аспект должен в принципе поддаваться изменению и соответствовать возможностям групповой терапии.
2. Пациент должен попытаться оформить свою жалобу в терминах межличностных отношений.
3. Пациент должен трансформировать свою жалобу из области межличностных отношений вообще в вариант для здесь и сейчас.

Обычно большинство проблем в работе над личными планами связано с тенденцией формулировать свои планы нечётко и слишком обобщённо. Например, участник может преподнести свой план следующим образом: «Я подавлен, и я хочу перестать быть подавленным». По словам Ялома, это бессмысленный план, так как данная задача не может быть выполнена в течение одной встречи. Гулдинги, в их работе над контрактом, предлагают члену группы начать с маленьких специфичных изменений поведения, которые могут быть достигнуты. Они рекомендуют двигаться вверх постепенно, от маленького успеха к более сложным задачам, после того, как члены группы начнут восстанавливать свою уверенность в способности к изменениям. Принятие контракта типа «Я хочу быть счастливым всегда» само по себе ведёт к провалу, и является западней как для ведущего группы, так и для её члена. В качестве ответа тому участнику, который хочет избавиться от чувства подавленности, ведущий может сказать следующее:

«Послушай, Джим, я понимаю, насколько важно для тебя избавиться от депрессии, которая всегда была столь болезненной и непереносимой для тебя. Однако, я не уверен в том, что это реально для тебя. Ты был подавлен годами, и я сомневаюсь, что это возможно изменить в течение одного сеанса. Как ты отмечал раньше, ты можешь быть очень нетерпеливым, и я боюсь, что это один из примеров того, как ты ожидаешь слишком многого в очень короткие сроки. Одна из причин твоей подавленности — изоляция. Ты жалуешься на то, что у тебя нет друзей, и на то, что чувство одиночества заставляет тебя пить и чувствовать подавленность. Готов ли ты понять, как ты изолируешь самого себя здесь, в группе? Что в тебе такого, что мешает тебе общаться с другими даже здесь? Я бы предложил тебе исследовать данную проблему в группе для того, чтобы разобраться, какой вклад это вносит в твоё ощущение подавленности».

В данном примере ведущий переключает члена группы с общего на частное. Он мягко, но настойчиво в стремлении заставить его сформулировать свой план таким образом, чтобы он вписывался в рамки межличностных отношений «здесь и сейчас».

Пример хорошего ясного плана звучит примерно так:

- Я одинок. Я хочу изменить это.
- Я хочу общаться с другими.
- Я хочу узнать, как другие воспринимают меня.
- Мне нелегко довериться кому-либо. Я хочу изменить это.

Сложности в работе над личными планами.

Каждый из вышеприведённых примеров хорошо и ясно составленных планов можно легко превратить в межличностную работу здесь и сейчас. К сожалению, далеко не все члены группы столь кратко и быстро формулируют свои планы в такой хорошей и чёткой форме. Самая большая трудность, которую испытывают начинающие терапевты при работе над личными планами, состоит в их неспособности провести ее за десять-пятнадцать минут. Каждый план, если он хорошо сформулирован, не должен отнимать более одной — двух минут. Часто даже не осознавая, как это получилось, ведущие спохватываются, что целое занятие ушло только на обсуждение плана, или, ещё хуже, на обсуждение планов только половины группы. Иногда, если член группы с самого начала начинает слишком эмоционально обсуждать свой план, ведущему группы может оказаться сложно остановить его, из страха прервать или подавить откровенность и попытку человека поделиться своими чувствами. Ведущий никогда не должен позволять себе быть связанным какой бы то ни было техникой, и все-таки большинство участников нормально реагирует на мягкое прерывание.

Например, ведущий может сказать:

«Это очевидно, Мери, что данная тема очень важна и болезненна для тебя. Но я бы хотел, чтобы ты пока остановилась, чтобы обсудить это со всей группой несколько позже. Сначала мне хотелось бы завершить проверку планов. Не согласишься ли ты взять на себя обязательство вернуться к этому снова, когда проверка планов закончится?»

Подобным ответом ведущий группы добивается сохранения целостности структуры группы, не компрометируя при этом отдельного ее члена. Более того, ведущий признаёт важность волнующей проблемы и получает твёрдое обещание, что она продолжит эту тему после того, как проверка планов будет завершена.

Особенности стационарных терапевтических групп в больнице

Стационарное лечение — это не только надлежащее руководство группой, её членами и групповой динамикой. В связи с тем, что стационарные терапевтические группы проводятся в условиях лечебного учреждения с множеством самых разных составляющих лечебного процесса, которые, в свою очередь, имеют различные цели и соответствующий персонал для их реализации, групповая терапия, для того, чтобы вписаться в общую терапевтическую картину, должна быть обязательно адаптирована к этим условиям. В амбулаторных группах границы между группой и окружающим миром и обычно чётко обозначены. В стационарных же эти границы не четкие, а довольно размытые. Стационарная группа — это подсистема внутри более крупной системы больничного отделения, в условиях командного подхода к лечению. Отсутствие четких границ между группой и другими видами деятельности в больнице может превратиться в источник дополнительных сложностей для ведущего группы. Поэтому решение вопросов, связанных с определением четких границ — одна из важнейших задач для успешного лечения. Если бы не это, эту главу можно было бы закончить прямо сейчас, и ведущий должен был бы заниматься только конкретными вопросами, излагавшимися до сих пор. Однако, условия больничного учреждения и работа в команде требуют от ведущего и остального персонала сотрудничества друг с другом. Если этого не удается достичь, последствия для пациента могут быть весьма печальными. Примером крайнего проявления несогласованности мог бы быть случай, когда часть персонала требует, чтобы главной задачей было полное воздержание, в то время как некоторые другие украдкой проповедуют контролируемое потребление.

Ванничелли (Vannicelli, 1982) касается этих проблем, описывая специфические сложности, связанные с присутствием алкоголиков на групповой терапии. Для того, чтобы успешно преодолеть эти трудности в стационарном отделении, необходимо, по ее мнению, решить шесть ключевых вопросов:

«Нашим ведущим групп рекомендуется постоянно помнить о существенной разнице в защитных стилях алкоголиков и невротиков, и о том, как эти различия влияют на их взаимоотношения в группе. А именно, мы учитываем хорошо развитую способность алкоголиков ускользать от ограничений, а также смещать или рассеивать фокус работы. В отличие от работы с невротическими пациентами, чьи более четко сфокусированные тревоги обеспечивают мотивацию и направление для терапевтической работы, сильный, но рассеянный дискомфорт алкоголиков не выполняет таких функций. И действительно, очень часто их диффузные защиты делают работу в группе весьма затруднительной. А посему, обязанность обеспечить границы и фокус возлагается на ведущего. Для этого он должен быть в состоянии оказывать воздействие, не генерируя при этом большей тревоги, чем это необходимо — задача, которая может быть значительно облегчена, если ведущий знает наиболее вероятные в группах алкоголиков проблемы и имеет достаточную подготовку, чтобы с ними справляться.

Существует шесть ключевых моментов, которые необходимо как следует осмыслить, чтобы быть готовыми реагировать на них в не вызывающей, но твердой манере», (с. 19-20)

Вот эти шесть ключевых вопросов:

1. Ведущие группы должны быть готовы ответить на вызов и рассказать о собственном злоупотреблении алкоголем или наркотиками.
2. Контракт пациента с группой и контракт группы с больницей.
3. Путаница может возникнуть в ожиданиях от группы в тех случаях, когда ее члены участвуют одновременно в других видах групп (АА, образовательные группы и т.д.).
4. Особые проблемы возникают в вопросе конфиденциальности из-за частых контактов ведущего с посторонними (не из числа персонала, с другими пациентами, работодателями, семьей и т.д.).
5. Активные выходы ведущего для проведения интервенции, если это необходимо.
6. Защитные манёвры группы в отношении срока употребления алкоголя и (для реабилитационных групп) воздержания, и их последствия для группы, когда кто-то из ее членов срывается.

Откровенность ведущего в отношении употребления алкоголя и наркотиков

Ванничелли предупреждает, что ведущие могут ожидать вопросов о своём собственном употреблении алкоголя и наркотиков. Вместо того, чтобы избегать подобных вопросов или просто отвечать на них, не задаваясь вопросом об истинной подоплеке их постановки, ведущий должен исследовать мотивы любопытства пациентов. Для Ванничелли такое любопытство всегда подразумевает озабоченность: «А сможете ли вы меня понять и помочь мне?» Ответ, естественно, является палкой о двух концах.

Если ведущий не употребляет алкоголь или наркотики, пациенты могут усомниться в том, что он в принципе может понять их состояние. Если терапевт выпивает изредка (вместо того, чтобы повторять свои рассуждения по поводу терапевтов, употребляющих наркотики и работающих в то же время с алкоголиками и наркоманами, я лучше сделаю ссылку на изложенное в Главе 9 и посоветую таким терапевтам не работать с этой категорией больных) и признаётся в этом членам группы, они, вероятнее всего, также поставят под сомнение способность контролируемого выпивающего человека помочь им. Ведущий, сам являющийся выздоравливающим алкоголиком или наркоманом, может стать источником утешения для одних членов группы и подозрительности для других, поскольку терапевт «не профессионал, а такой же выздоравливающий аддикт, как и я». Удовлетворительным ответом на подобный вопрос может быть следующее:

«Я думаю, что вы спрашиваете, желая знать, способен ли я помочь вам или понять вас, поскольку я имею подобную проблему (или не имею ее). Не могли бы вы рассказать больше о своих опасениях, и был ли в вашем прошлом кто-нибудь еще, кто вас не понял?»

Прозрачность в вопросах употребления алкоголя и наркотиков имеет очень важный смысл в лечении. Но проблема не ограничивается только этим. Ялом полагает, что ведущий должен быть более открытым в стационарной группе. Однако, многие из ограничений прозрачности терапевта, которые были приведены в Главе 4 для амбулаторной группы, также применимы и для стационарной. Самораскрытие терапевта наиболее уместно, когда помогает в достижении целей терапии. Прозрачность должна использоваться для обеспечения поддержки, принятия и ободрения. Задачей ведущего является не производство позитивных чувств, но обнаружение и идентификация реакций пациентов через избирательное самораскрытие. Пациент, со своей потребностью в поддержке и помощи, не получит никакой пользы от ведущего, который способствует проявлению фальшивых чувств или выражает недоверие и гнев по отношению к пациенту.

Групповой контракт

При работе со стационарными группами алкоголиков и наркоманов (A&D) будет полезно рассматривать групповой контракт как комплекс из трех основных составляющих. Первая из них касается проблемы воздержания. Очевидно, что эту цель преследуют в АА, и она проходит красной нитью через всю эту книгу. Вторая и третья составляющие этого контракта касаются специальных условий, характерных для стационарных групп, и в их основе лежат рекомендации Райса и Рутана (Rice и Rutan, 1981).

Ванничелли резюмирует важность групповой нормы воздержания следующим образом:

«Групповая норма, касающаяся употребления спиртного, должна быть четко определена в первом групповом контракте, указывая на то, что все члены группы будут работать на достижение абстиненции, и что любые сложности, с которыми они столкнутся в этой работе (в виде страхов того, что выпьют, или действительного употребления) будут обсуждаться с группой. Важность свода общих норм относительно того, что это значит — работать над одной общей проблемой алкоголизма — нельзя недооценивать. И даже если существуют некоторые разногласия по поводу того, является ли воздержание единственной подходящей целью для алкоголиков, смешивание пациентов с разными целями в одной группе подвергает целостность группы практически непреодолимой опасности. Поскольку члены группы не делятся своими представлениями о том, что значит для них «чувствовать улучшение», они оказываются неспособными оказать друг другу помощь в достижении выздоровления или оценить свое собственное состояние. Более того, поскольку сокровенным желанием почти каждого выздоравливающего алкоголика является то, что наступит день, когда он снова сможет выпивать, присутствие в группе участника, подыгрывающего этому желанию, может стать причиной тревоги, с которой справляются при помощи непродуктивных и экстремальных попыток обращения в свою веру (выступая в поддержку АА, абстиненции, и т.д.)». (1982, с.29)

Внешний и внутренний групповой контракт

Райс и Рутан (Rice and Rutan, 1981) рассматривают контракт как свод норм, четко определяющих границы группы. Наличие четких и специфических границ гарантирует, что члены стационарной группы извлекут максимально возможную пользу из своего лечения. Контракт определяет, кто и как долго будет находиться в группе. Кроме того, он оговаривает, каким образом этот материал используется внутри и за пределами группы.

Внутренний контракт

Этот контракт заключается между ведущим группы и её членами.

1. Все члены группы будут посещать каждое занятие, приходить вовремя и оставаться до конца занятия.
2. Конфиденциальность в отношениях между пациентами будет делом чести. Информация, обсуждаемая в группе, не будет выноситься пациентами за её пределы и обсуждаться с членами других групп.
3. Члены группы не будут способствовать созданию группировок внутри группы. Информация, которой обмениваются между собой члены группы в перерывах между занятиями, должна возвращаться в группу и выноситься на обсуждение.

Внешний контракт

Внешний контракт — это договор, заключённый между ведущим группы и больницей или отделением. Он определяет взаимосвязь между лечебной программой больницы и лечением, обеспечиваемым группой. Этот договор должен включать следующее:

1. Групповая терапия должна соответствовать общей лечебной программе отделения или больницы.
2. Групповая терапия признаётся основным методом лечения, ей не отводится вторичная роль по отношению к другим видам терапии.
3. Определённые для группы границы соблюдаются всем персоналом и пациентами. Групповые занятия и время, отведенное для них, не прерывается непредвиденными посещениями персонала или вызовом пациентов на другие мероприятия.

Одновременное участие в других группах

Вполне возможно, что выздоравливающие алкоголики и наркоманы могут оказаться одновременно членами различных групп. Они могут посещать собрания АА, проводимые за пределами больницы (до их стационарного лечения, во время или после) или взаимодействовать с ними, посещать различные целевые и образовательные группы, находясь в стационаре, что означает неоднократные контакты с членами групп, имеющих ориентацию и цели, отличные от терапевтической группы. Это создает два отличных друг от друга, но вместе с тем очень важных препятствия, которые предстоит преодолеть ведущему группы. Во-первых, ведущий убедится в невозможности препятствовать возникновению у участников внегрупповых контактов. Большинство современных форм амбулаторной групповой терапии рекомендует не поощрять общение между членами группы за её пределами. Однако, соблюдать это правило очень сложно, так как часто выздоравливающие алкоголики и наркоманы состоят одновременно членами АА и терапевтической группы. Несмотря на то, что сама по себе эта ситуация вне контроля, она, тем не менее, возможно, не настолько опасна, насколько представляется многим клиницистам. Не стоит, естественно, активно поощрять это, а возможные последствия смешивания терапевтических и социальных отношений должны осознаваться и детально анализироваться. Сексуальные отношения между членами группы должны быть, естественно, категорически запрещены. Однако, наложение табу на все формы общения часто подталкивает к притворству или заставляет членов группы либо скрывать свои планируемые встречи, либо держать в секрете случайные. Вместо того, чтобы налагать сомнительные запреты на общение за пределами группы, будет лучше, если ведущий будет добиваться согласия членов группы всегда обсуждать любые внегрупповые отношения, возможные между ними. Что бы ни произошло между двумя или более членами за пределами группы, это должно обязательно стать предметом обсуждения на группе. Ванничелли следующим образом определяет эту позицию:

«То, что члены терапевтической группы могут являться одновременно членами одной группы АА — обычное явление. Поэтому было бы непрактично (и нежелательно) пытаться ограничить их взаимодействие за пределами группы.

И всё-таки, поскольку в группе алкоголиков, как и в любой другой, желательно сохранять возможно большее количество групповой энергии внутри группы, следует всячески способствовать тому, чтобы пациенты обсуждали с группой любое «значимое» событие, происходящее за её пределами. Несмотря на то, что значение этого слова несколько расплывчато, и разные пациенты могут, естественно, интерпретировать его по-разному, должно быть, тем не менее, общее понимание того, что, если внегрупповой контакт выходит за рамки обычного общения на собрании АА, он должен быть обсуждён с группой. Иногда может быть полезно привести пациентам конкретные примеры (например, если оказывается, что два члена группы обсуждают третьего члена, или то, что произошло в группе; если двое или более членов группы общаются очень тесно; или если два пациента имеют «особую» связь.). Обсуждение с пациентами подобных примеров должно помочь разъяснить то, что серьёзное событие или отношения, поддерживаемые за пределами группы и не обсуждаемые с ней, лишают всю группу возможности исследовать их и лишают заинтересованных пациентов возможности получить ценную обратную связь от других участников. Важно также и то, что внегрупповые дела, не обсуждаемые в группе, приобретают характер «особых секретов», существование которых противоречит общей цели группы, состоящей во взаимной открытости и доверии». (1982, с. 124)

Одновременное членство в нескольких группах, каждая из которых вызывает определённые ожидания, имеет свои цели и основные правила, отличные от тех, которыми руководствуется терапевтическая группа, может создавать особые проблемы для ведущего группы стационарного отделения. Участие в группах с преобладанием либо учебного компонента (таких, как образовательные группы), либо структурирующего и поддерживающего (таких, как группы АА), вероятно, может привести пациентов в некоторое замешательство, когда они становятся членами менее структурированной терапевтической группы, предлагающей к тому же мало дидактического материала. Очень важно, чтобы ведущий объяснил разницу между терапевтической группой и другими типами групп, которые, возможно, будут посещать пациенты во время нахождения в стационаре. Рекомендации Брикса по использованию групп «А» и «В» уровней, приводившиеся ранее в этой главе, и предгрупповая подготовка, проводимая по направлениям, рекомендованным в Главе 3, — превосходные способы предупреждения или коррекции этого затруднения.

Так, членам группы необходимо указать на взаимодополняющий характер АА и терапевтической группы. Встречи АА используются в первую очередь для того, чтобы помочь им бросить пить. Групповая терапия призвана помочь им овладеть новыми способами поведения и совладания с этой проблемой в своих межличностных взаимоотношениях. И хотя эти два способа не исключают друг друга, пациенты должны понять, что то, что требуется от них в группе, существенно отличается от того, что требовалось от них в АА. Например, они могут ходить на собрания АА, когда пожелают. Очень часто на начальном этапе вовлечения в АА «старшие» члены АА поощряют их пассивное присутствие в качестве простых слушателей. В то время как групповая терапия требует, чтобы члены группы были на каждом занятии и приходили вовремя. Они должны сами стремиться к активному участию в групповом процессе и понимать, что руководство здесь будет гораздо менее выраженным. В отличие от образовательных групп, они должны понимать, что информация здесь не будет подаваться им в строгом структурированном формате. Если члены группы не полностью отдают себе отчёт в том, что от них требуется более активное участие в терапевтической группе, они могут растеряться или начать испытывать раздражение, приводящее к неспособности оценить по достоинству преимущества, которые они могут извлечь из опыта групповой терапии.

Особенности конфиденциальности в условиях стационара

В терапевтической группе стационара правила, регламентирующие конфиденциальность и информационный обмен, более сложны. В большинстве современных форм терапии пациент может быть уверен, что вся информация о нем будет конфиденциальна. Иначе обстоит дело в случае со стационарными терапевтическими группами. Многие, если не все химически зависимые пациенты направляются на лечение своим работодателем, семьёй или судом. И, следовательно, от руководителя группы часто требуется предоставление информации источнику, направившему пациента на лечение, поскольку условия развода, сохранения рабочего места или тюремного заключения часто непосредственно зависят от участия пациента в лечении и групповой терапии, или смягчаются этими фактами.

Кроме того, командный подход к стационарному лечению требует, чтобы вся информация, касающаяся пациента, предоставлялась остальному врачебному персоналу. Для того, чтобы избежать возникновения у больных ощущения, что их предали или обманули, ведущий группы должен иметь чёткий контракт, определяющий рамки конфиденциальности. Члены группы должны быть заранее предупреждены о том, что обмен информацией будет происходить. Необходимо, чтобы пациент подписал этот документ.

Очевидно, что такой документ для обмена информацией между ведущим группы и остальным врачебным персоналом не обязателен. Тем не менее, участники должны ясно осознавать, что информация, которой они делятся на группе, будет также известна другим членам терапевтической команды. Например, их можно проинструктировать следующим образом:

«Если я или ко-терапевт чувствуем, что мы узнали на группе что-то важное для вашего лечения и выздоровления, мы будем делиться этими сведениями с остальным персоналом. Важно понять, что мы все одинаково участвуем в вашем лечении здесь, в больнице, и на своём опыте знаем, что командный подход — это наиболее эффективный путь при лечении зависимостей. Иногда нам придётся разговаривать с кем-либо вне больницы, например с вашим работодателем, супругом, адвокатом или представителем суда. Если мы будем это делать, то с вашего письменного согласия, и мы будем избегать, насколько это возможно, предоставления любой личной информации, помимо той, участвуете вы в группе или нет, и успешны ли в лечении. После того, как мы поговорим с кем-либо из этих людей, мы поставим вас в известность о том, с кем мы говорили, почему, и что конкретно мы им сказали».

Сведения, передаваемые посторонним — отнюдь не единственный источник проблем, которые приходится решать ведущим групп стационарных отделений. Они также должны быть готовы иметь дело со сложными вопросами, связанными с информацией о членах группы, поступающей от источников за её пределами. Существуют два основополагающих правила, регламентирующих использование подобной информации:

1. Руководствоваться политикой, в соответствии с которой ведущие группы не хранят секретов, и именно они будут определять, как та или иная полученная информация будет использоваться в зависимости от ее значимости для терапевтического процесса. Они также не должны давать никаких обещаний членам семьи, друзьям или работодателям, которые могли бы связать их каким-либо потенциально небезопасным тайным соглашением с информатором. Ведущий может сказать, что он не раскроет источник информации без крайней необходимости. Однако, руководители групп должны быть свободны принимать решения без заранее установленных ограничений.

2. Ведущие групп никогда не должны считать, что информация, поступившая из постороннего источника, является более ценной, правдивой и достоверной, нежели та, которую предоставил пациент.

Получив какие-то сведения о члене группы, ведущий прежде всего должен попытаться подвести пациента к тому, чтобы он сам рассказал о том, что стало известно из других источников. К конфронтации можно прибегнуть только как к крайнему средству. Следующий эпизод может послужить примером того, как ведущий справился с подобной дилеммой:

Арнольд, 36-летний алкоголик, поступил на лечение после того, как напал на свою жену, будучи в состоянии сильного опьянения. Поскольку он очень стыдился говорить об этом с врачебным персоналом или группой, ведущему надо было решить, каким образом использовать сведения о физическом насилии, полученные от жены Арнольда во время интервью, в котором она давала свою оценку семейным отношениям. Когда другой член группы начал говорить о своих собственных проблемах, связанных с неспособностью сдерживать чувства гнева в состоянии опьянения, ведущий заметил проявления Арнольдом определенного дискомфорта и сказал: «Очевидно у тебя, Арнольд, это вызывает какие-то сильные и неприятные чувства. Я бы хотел знать, испытываешь ли ты подобные чувства вины и стыда по поводу своего гнева в состоянии опьянения». Для Арнольда это было мягким приглашением высказаться, не содержащим какой-либо угрозы для него или осуждения. И этого оказалось достаточно, чтобы помочь Арнольду преодолеть столь сложную проблему. Если бы этот предмет не был затронут, это, скорее всего, привело бы к тому, что Арнольд еще глубже ушел бы в себя, прячась от самого себя и остальных членов группы во время последующих четырех недель. В силу того, что вина и отрицание — одни из самых сильных факторов, способствующих срыву, а также по причине отсутствия у ведущего такой роскоши, как возможность ожидания в течение нескольких недель, и даже месяцев того, что Арнольд почувствует себя достаточно защищенным и доверится ему, было очень важным подтолкнуть его к этому разговору. И очень важно здесь то, что ведущий сделал это очень ненавязчиво, позволив Арнольду сохранить свою целостность и предоставив ему возможность самому рассказать о своих переживаниях.

Иногда обмен информацией, происходящий между пациентом и терапевтом во время индивидуальной беседы, может стать еще одним источником конфликта для ведущего. Поскольку большинство ведущих стационарных групп наблюдают некоторых её членов индивидуально или в иных условиях во время их пребывания в больнице, они могут решить, что имеют своего рода приоритетное право перед остальными членами терапевтической команды на те или иные сведения о пациенте. Подобная ситуация может поставить терапевтов в весьма рискованное положение, особенно если они заранее согласились на просьбу пациента «пожалуйста, сохранить эту информацию между нами». Если ведущие являются членами терапевтической команды, они должны понимать, что в этом и состоит одно из самых важных обстоятельств, радикально отличающих стационарное лечение от амбулаторного. Правила сохранения конфиденциальности здесь преобразованы в командный подход к лечению. Ведущие групп никогда не должны позволить себе брать личное обязательство по сохранению конфиденциальности в отношении пациента в стационарном отделении. Например, может быть очень лестно слышать, как ваш любимый член группы говорит вам в частной беседе «Я доверяю вам более, чем кому бы то ни было в этой больнице. Есть вещи, которые я никому другому не поведаю, потому что я не уверен, что они смогут понять меня. Но обещайте, что то, что я собираюсь вам сказать, останется только между нами». Здесь ведущий должен устоять и не поддаваться на такую лестную просьбу. Будет лучше для обоих, как для руководителя, так и для члена группы, если первый ответит на подобную просьбу следующим образом:

«Подождите немного, прежде чем поделиться со мной. Я польщён тем, что вы так быстро стали доверять мне, и мне хотелось бы поддержать вас в желании поделиться со мной тем, что вы собирались сказать. И все-таки, я не могу обещать вам, что не поделюсь этим с остальными членами терапевтической команды. Сейчас, возможно, и нет. Но если я посчитаю, что это важно для вашего выздоровления и лечения в больнице, я могу передать эти сведения другим для вашего же блага. Поймите, что я забочусь прежде всего о вашем будущем».

Пациенты редко возражают на такие слова терапевта. Если они отказываются поделиться своим «секретом» после подобного ответа, то, скорее всего, они либо пытались манипулировать им, либо попались на свое собственное деструктивное трансферентное искажение. Подобная позиция ведущего предохраняет его от подкрепления примитивных проекций пациента. Поскольку многие алкоголики и наркоманы страдают от элементарной личностной патологии, они склонны делить лечебный персонал на только хороших и только плохих людей. Если ведущие будут тщательно контролировать свою склонность быстро соглашаться на подобные просьбы, это будет предохранять их от попадания в рискованные ситуации. Например, что, если бы пациент захотел поделиться тем, что у него есть планы покончить с собой этим вечером, или что он знает, что другой пациент тайно пронёс с собой в отделение алкоголь или наркотики? Разве может ведущий не нарушить своё обещание о конфиденциальности в подобной ситуации?

Активные выходы

Стационарное лечение алкогольной и наркотической зависимости (A&D) усложнилось для ведущих групп в результате появления в последние несколько лет двух изменений в терапии аддикций. Во-первых, во многих больницах требуют, чтобы ведущие стационарных групп вели группы реабилитации для пациентов, успешно прошедших четырех- и шестинедельные стационарные программы. Во-вторых, по причине финансовых ограничений большинство больниц сейчас проводят дневные программы, обеспечивающие терапевтический формат, весьма схожий с программой стационара, за исключением того, что пациентам разрешают ночевать дома или продолжать работать днём. В любом случае, ведущие групп должны приспособиваться и реагировать на ситуацию, специфичную для алкоголиков и наркоманов. А именно, от них потребуется большой объем внестационарной помощи, так как большинство членов их группы будут либо иметь очень короткий, нестабильный период трезвости, либо не будут защищены стенами закрытого больничного отделения.

Поэтому трезвость членов группы скорее будет носить экспериментальный характер, и чтобы как-то компенсировать эту ситуацию, ведущий должен будет производить значительное количество активных вмешательств, в частности, обзванивая и посещая не выполняющих своих обязательств членов группы. В то время, как ведущие групп, не связанных с зависимостями, могут не спеша исследовать причины, по которым посещение членами группы не постоянно и не регулярно, они не могут действовать таким же образом с начавшими выздоравливать наркоманами и алкоголиками. В большинстве современных форм групповой терапии не поощряется, когда руководитель активно вызванивает или спрашивает членов группы, почему они пропустили терапию. В случае с начинающими выздоравливать алкоголиками и наркоманами пропуски занятий или отсутствие без уважительной причины должны интерпретироваться как предупреждающий сигнал или крик о помощи. По этой причине, вместо того, чтобы ждать следующего занятия для выяснения причины пропуска без предупреждения, ведущий должен звонить или сразу же после занятия, или, по крайней мере, в течение следующего дня. Или же, если член группы, переживающий особенно трудный момент, звонит, чтобы сказать, что он не готов вынести свои переживания на группу сегодня вечером, терапевт должен тщательно исследовать все возможные причины, по которым человек избегает группы. Часто небольшая подсказка или очень осторожные наводящие вопросы могут помочь члену группы разобраться в причинах своего сопротивления группе и откликнуться на заботливость ведущего. И хотя подобная активная позиция ведущего имеет свои преимущества, заключающиеся в возможности предупреждения срыва или перемещения какого-то неосознанного сопротивления пациента на уровень его сознания, она, тем не менее, ставит его в такое положение, которое может быть воспринято как чрезмерный контроль или опека. Чтобы свести этот риск к минимуму, привлекайте, насколько это возможно, других членов группы к контролю посещаемости. Сконцентрируйте свое внимание на поведении членов группы и осуществляйте свое воздействие в манере, лишенной назидательности и осуждения. Внегоспитальная помощь, оказанная с искренней заинтересованностью и заботой, может многое сделать для того, чтобы помочь участникам группы уловить возможные деструктивные оттенки своего сопротивления и избегания посещения группы.

Посещение группы после срыва

Поскольку группы реабилитации и дневные терапевтические группы работают вне защищающих стен закрытого больничного отделения, их ведущие, вероятнее всего, столкнутся с необходимостью работать с сорвавшимися членами группы, продолжающими ее посещать. Срыв, как говорилось выше в данной главе, может быть для алкоголика или наркомана важным поучительным опытом, если он правильно интегрирован и понят. Плох только тот срыв, который не был проанализирован. Анализ причин срыва будет полезен не только для самого сорвавшегося, он также станет ценным обучающим материалом для других членов группы. Это поможет им всем распознать разные стадии срыва. Прежде всего, для ведущего группы было бы важно принять позицию, характерную для большинства ветеранов АА, когда те имеют дело со срывом у алкоголика: не позволяйте сорвавшемуся описывать свой опыт в манере «я поскользнулся». Это подразумевает, что возврат к употреблению случился из-за чего-то, что произошло с ним без его ведома. Как говорят в АА, «Если опасешься поскользнуться, не ходи туда, где скользко». Члены АА предпочитают называть эти «поскользывания» «преднамеренным пьянством». Исследуйте с алкоголиками причины, побудившие их вернуться на свой «скользкий путь», и то, как эти паттерны можно идентифицировать и избежать их в будущем.

Употребление алкоголя и срыв

Тщетность попыток применения психотерапии к находящемуся в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием наркотиков пациенту была хорошо показана в классическом исследовании Браун и Ялома (1977). И хотя они никогда так и не решили этот вопрос окончательно, или не занялись им вплотную, очевидно, что он был связан для них с большими трудностями. Помимо ухудшения статистики, пьяные или одурманенные пациенты наносили самый серьезный ущерб всему групповому процессу. В каждом случае (пятнадцать раз за два с половиной года изучения) пьяный член группы доминировал на протяжении всей сессии. Он захватывал и удерживал внимание группы такими средствами, которые невозможно было проигнорировать. «Особое разочарование члены группы испытывали от сознания того, что смысл самого занятия очень быстро улетучивался, поскольку пьяный редко оставлял что-нибудь для других. Члены группы ощущали власть алкоголя и подавляющее чувство полной бесполезности сессии» (с.438). Отчасти эту трудность можно объяснить тем, что терапевт не признавал, что самой главной проблемой, которую призвано решать лечение зависимостей в любой форме, должна быть сама проблема употребления наркотиков и алкоголя. Слишком часто психотерапевты продолжают придерживаться уже давно устаревшего убеждения, что алкоголизм является всего лишь симптомом какой-то основной патологии. Сложно понять, почему вполне разумные в остальных вопросах психотерапевты продолжают пытаться применять метод лечения (психотерапию), построенный на рациональных основаниях, к человеку, сознание которого пребывает в измененном состоянии. Исследования окончательно доказали, что знание, получаемое под влиянием наркотического вещества, не бывает генерализовано на состояние ясного сознания (Fischer, 1976). Большая часть психотерапии направлена на то, чтобы заставить забыть старое, обреченное на провал поведение и усвоить новое, более адаптивное. Этот процесс существенно ухудшается, если член группы находится в состоянии опьянения, поскольку изменение часто предполагает способность понимать, когнитивную перестройку и эмоциональный катарсис. Ключевым для любой терапии алкоголизма является требование воздержания от употребления алкоголя.

Ялом признавал, что активно злоупотребляющие обычно сводили на нет нормальные положительные рабочие усилия в группе. Однажды ему случайно удалось обработать и интегрировать такой инцидент в терапевтическое преимущество посредством воспроизведения видеозаписи. Иногда, пользуясь этим средством, он наглядно демонстрировал уже трезвому члену группы, насколько отталкивающим и пораженческим выглядело его поведение в пьяном состоянии в глазах других членов группы. В каждом из случаев Ялом показывал пути, с помощью которых можно извлечь выгоду для терапии из, казалось бы, самых обескураживающих терапевтических неудач. Таким же образом следует подходить и ко всем случаям срывов у алкоголиков. Браун и Ялом (1977) ошибочно заявляют, что АА, «несмотря ни на что, считают срыв абсолютной катастрофой (он записывается несмываемыми чернилами в личной истории члена АА), отличая его от тех членов, которые достигли продолжительного воздержания.» (с.433). Как раз наоборот, АА признает срыв неизбежным процессом в выздоровлении некоторых алкоголиков. Вместо того, чтобы смотреть на него как на катастрофу, его лучше использовать в качестве поучительного опыта, со всей очевидностью указывающего на то, что алкоголик явно делает что-то неправильно. Задача группы и терапевта — исследовать те условия, которые привели к употреблению. Излишняя самоуверенность, пассивность или старые паттерны обиды и гнева являются общими темами, которые могут помочь другим членам осознать, что они также, возможно, совершают те же самые ошибки. Часто случай срыва может стать невероятно полезным опытом для других членов и группы в целом.

Исследуя эту проблему, Ванничелли приводит четыре наиболее распространенных в контексте групповой терапии ситуации:

1. Члены группы, приходящие на занятие явно в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.
2. Члены группы, пьющие между сессиями и отказывающиеся признать это, даже в случае прямой конфронтации.
3. Члены группы, пьющие и признающие это, но не желающие отказываться от этого.
4. Член группы, который периодически пьёт, но продолжает одобрять политику воздержания, тогда как его поведение указывает на обратное.

Каждая ситуация требует своей стратегии для адекватного ответа.

1. Являющийся на группу в нетрезвом виде

Твёрдо, но вежливо попросите участника покинуть группу и вернуться на следующей неделе. Коротко поясните, что членам группы не разрешается появляться на сессии в нетрезвом состоянии, но для них будет очень важно вернуться в группу. Более упрямого и трудного субъекта вежливо попросите, не будет ли он столь любезным подождать снаружи. Предложите ему выпить чашку кофе или выкурить сигарету. Возможно, для него это будет выходом из затруднительного положения, который позволит ему не пасть в грязь лицом перед остальными членами группы. отошлите его на ближайшую встречу АА или попросите члена АА, ведущего трезвый образ жизни, прийти и поговорить с ним. После того, как выпивший член группы уйдёт, детально исследуйте реакцию группы на случившееся.

2. Подозреваемый в употреблении алкоголя или наркотиков, не признающий этого

Если то, что член группы находится под воздействием алкоголя или наркотика, не очевидно, но у ведущего имеется информация из посторонних источников (т.е. от жены и т.д.) о том, что он пьёт или принимает наркотики, будет лучше осторожно вывести его на разговор. Часто приглашения высказаться по данной проблеме бывает достаточно для того, чтобы человек признался. Однако, если член группы настаивает, что он трезв или чист, лучше не давить на него. Редко найдётся алкоголик или наркоман, который будет пить или принимать наркотики, продолжая при этом посещать группу, подписавшую контракт о воздержании. Если группа реабилитации или дневного стационара имеет в контракте соглашение о периодических выборочных скринингах на употребление наркотиков, это обычно снимает подобные сложности.

3. Продолжающееся признаваемое употребление алкоголя и наркотиков

После неоднократных срывов члена группы необходимо оценить на предмет дальнейшего дополнительного лечения. Если проблемой является зависимость от алкоголя, должен быть выписан Антабус (дисульфирам). Кроме того, необходимо рассмотреть возможность стационарного лечения. Дополнительная индивидуальная терапия или более частое посещение собраний АА также могут быть способами коррекции лечения пациента. Если член группы решает, что он не хочет соглашаться с требованием абстиненции, или открыто признаёт, что он хочет продолжать принимать алкоголь или наркотики, необходимо вежливо, но твёрдо объяснить ему, что группа предназначена только для тех, кто хочет отказаться от наркотиков или алкоголя. Скажите ему, что он может получить направление к другому терапевту, который сможет заниматься с ним на индивидуальной основе, и что он в любое время в будущем сможет вернуться в группу, если решит изменить своё отношение. Ни при каких условиях ведущий не должен пытаться соединить в одной группе активно употребляющего наркомана или алкоголика с выздоравливающими участниками.

Ванничелли указывает на важность серьёзного группового контракта для предотвращения возможных ошибок, ассоциируемых с каждой из этих проблемных областей.

Она пишет:

«Эффективное решение последних четырёх проблем (одновременное членство в других группах, общение с посторонними, пациенты, которые пьют, и употребление алкоголя как фокус группы) требует наличия чёткого лечебного контракта, определяющего требования к членам группы (и то, что они, в свою очередь, могут ожидать от лечения). В идеале чёткий договор с пациентом должен быть составлен во время предварительного интервью, на котором пациент знакомится с каждым из основных правил. Правила должны включать следующее: (1) минимальный срок пребывания в группе (например, мы ожидаем, что члены обязуются посещать группу не меньше трёх месяцев); (2) требование посещать группу регулярно и вовремя, и заблаговременно сообщать об объективной необходимости опоздания или отсутствия (с указанием, должен ли будет пациент оплачивать пропущенные занятия); (3) необходимость заблаговременного уведомления группы о намерении пациента оставить её; (4) обязательство полного воздержания и готовность рассказывать о своих страхах перед выпивкой или действительных срывах, если таковые произойдут; (5) обязательство рассказывать о других важных проблемах в жизни пациента, которые вызывают сложности в общении с другими или делают невозможной полноценную жизнь; (6) обязательство говорить о происходящем в самой группе как способ лучшего понимания собственной межличностной динамики; (7) особенности ограничений, касающихся контактов между членами группы за её пределами (или требование выносить на группу значимые события, происходящие за её пределами, или и то, и другое); и (8) характер и степень обмена информацией между ведущими группы и посторонними». (1982, с. 36-37).

Заключительные рекомендации для групповой терапии в условиях стационара

В отличие от большинства других форм современной групповой терапии, стационарная групповая терапия больных, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками, предполагает управление тремя различными факторами, влияющими на лечебный процесс. Во-первых, это неврологические нарушения, наблюдаемые обычно у большинства находящихся на лечении алкоголиков и наркоманов. Во-вторых, это более типичные проблемы управления медицинским учреждением, с которыми сталкиваются все ведущие групп в стационарном отделении. Как замечает Ялом, эти сложности становятся ещё более проблематичными из-за специфических условий, сопутствующих стационарному лечению. В-третьих, в силу того, что групповая терапия — это подсистема в рамках более крупной больничной системы, ведущий группы должен быть в состоянии справляться с общими сложностями, обязательно возникающими всякий раз, когда подструктура должна существовать в рамках большей структуры. В частности, проблема обычно возникает у тех ведущих, которые оказываются частью лечебной команды. Обычные принципы терапевтической группы компрометируются особой динамикой командного подхода к лечению. Все эти три различных фактора — неврологические нарушения, управление клиникой и командный подход к лечению — должны быть сведены вместе в едином, взаимодополняющем усилии для предоставления ведущим действительно положительного лечебного опыта членам его группы. Цели группы и лечение в стационарном отделении должны быть приспособлены к этим обстоятельствам. А именно, терапевтическая группа должна быть частью общего лечения пациента. Если терапевтическая группа не соответствует целям остальной программы стационарного лечения, шансы пациента на успешное выздоровление будут существенно ниже. Mueller, Suffer, и Pregaman (1982), кратко определяют восемь важнейших целей, которые должны быть достигнуты пациентами во время их пребывания в стационаре.

1. Пациент должен определить место, занимаемое алкоголем и наркотиками в его жизни, что означает осознание потерь, которые он понёс из-за пьянства (т.е. семья, работа, финансы, здоровье, самоуважение, правовые и духовные вопросы).
2. Индивидуально разработать лечебный план, что означает оказание помощи каждому пациенту в определении индивидуальных целей лечения.
3. Пациент должен осознать, что быть алкоголиком или наркоманом — значит, никогда больше не иметь возможности принимать алкоголь или наркотик.
4. Пациент должен узнать альтернативы пьянству и определить, что ему необходимо, чтобы оставаться трезвым (т.е. посещать АА, амбулаторные группы и т.п.)
5. По возможности, привлечь к лечению систему социально-эмоциональной поддержки пациента — семью, друзей, спонсора от АА, работодателя.
6. Обеспечить такой опыт лечения, в котором пациент ощущал бы свою ценность как для персонала, так и для других пациентов через взаимодействие, принятие и «разрешение» испытывать и выражать чувства.
7. Предоставить алкоголику и наркоману информацию об алкоголизме и наркозависимости как о болезни.
8. Обеспечить трезвую окружающую среду, в которой лечение может быть эффективным. Это потребует как привлечения АА, так и проведения амбулаторных групп. В частности, опыт стационарной групповой терапии позволит сделать пациента более восприимчивым к продолжительной амбулаторной групповой терапии.

Задача ведущих состоит в том, чтобы привести членов группы к каждой из этих целей. Berger (1983) подчёркивает эту последовательность:

«Во-первых, терапевт должен постоянно укреплять стремление пациента к трезвости через раскрытие того вреда, который оказывал алкоголь на его жизнь, используя принцип «здесь и сейчас» и избегая ловушки копания вместе с пациентом в причинах, побудивших его к употреблению. Терапевт должен мягко конфронтировать защиты пациента (такие, как отрицание, проекция и грандиозность) и помогать ему принимать ответственность за свои действия, в том числе и за алкоголизм. Кроме того, терапевт может столкнуться с фантазиями пациента о том, что однажды он сможет вернуться к социально приемлемому потреблению спиртного.

Во-вторых, терапевт должен помочь пациенту научиться приспосабливаться к жизни без алкоголя. Он должен приобрести способность заполнять своё время конструктивно, с тем, чтобы алкоголь более не занимал центрального места в его жизни. Одновременно терапевт может повысить вероятность того, что алкоголик будет сохранять трезвость, через проведение семейных образовательных семинаров, побуждая его посещать встречи АА и разумно использовать дисульфидирам, чтобы свести к минимуму вероятность спонтанного срыва», (стр.1043)

В продолжение данного процесса, должны быть отсечены все поддерживающие системы, способствовавшие употреблению пациентом спиртного или наркотиков. В отличие от большинства современных и традиционных форм групповой терапии, здесь алкоголики и наркоманы на начальных стадиях лечения не побуждаются к интроспективному взгляду внутрь себя для усиления самопонимания. Скорее, их побуждают с помощью конфронтаций и пересмотра своей жизни посмотреть на свои неудачи, чтобы сопровождающая их первичная боль усилилась. Это требует, чтобы ведущий не застревал на детальной проработке не имеющих к этому прямого отношения внутренних конфликтов. Нельзя позволять алкоголикам и наркоманам избегать того парадокса, что их употребление алкоголя и наркотиков — и есть проблема. В конце концов, они вынуждены будут принять ответственность за это. Тем не менее, они должны осознать, что внутри них самих нет той силы, что смогла бы противостоять их желанию выпить. Короче говоря, они не могут употреблять алкоголь и наркотики, но и не могут в одиночку прекратить их употребление. Подобное положение ввергает алкоголиков и наркоманов в пучину безнадежности и во власть их старых систем поддержки. В этот момент они требуют помощи, руководства и контроля из внешнего по отношению к ним источника. Парадоксально, но у них нет иной альтернативы. Это обстоятельство противостоит их огромному эгоцентризму и изоляции. В конечном итоге, на встречах АА и в терапевтической группе они должны усвоить, что те, с кем они могут идентифицироваться, и являются новым источником надежды и силы.

Глава 11. Проблемы поздней стадии лечения

На поздних стадиях лечения зависимых лиц доминируют две явно выраженные темы, тесно связанные между собой и переплетающиеся на протяжении всех фаз процесса. Прежде всего, это необходимость гарантировать абстиненцию при одновременно стоящей задаче вызвать у аддиктивного пациента характерологическое изменение. По мере прогресса лечения, когда пациент становится способным все больше увеличивать временную дистанцию между настоящим моментом и последним приемом вещества, все большее и большее внимание должно направляться на те ведущие характерологические черты, которые главенствуют в личности наркоманов и алкоголиков. В двенадцатишаговом сообществе эти две темы часто объединяются в рубрику «профилактики срыва и устранения дефектов характера». Члены АА и других двенадцатишаговых программ давно распознали и интуитивно поняли то, что для достижения и поддержания здоровой трезвости необходимо смягчение, модификация или устранение тех личностных характеристик, которые несовместимы с выздоровлением. С точки зрения АА, устранение недостатков характера является жизненно важным, если наркоман или алкоголик хочет когда-либо достичь единственной подлинной цели выздоровления, а именно — спокойствия, ясности и безмятежности. Избавление от зависимости требует гораздо большего, нежели просто прекращения употребления алкоголя или наркотиков. Оно требует «проработать ступени программы» или же использовать какую-нибудь другую жизнеспособную альтернативу, чтобы индивид мог изменить основу своего характера. До тех пор, пока это не выполнено, они останутся столь же жалкими, какими были, когда пили или принимали наркотики. В таких случаях рецидив неизбежен; алкоголик или наркоман оказывается бомбой с часовым механизмом, до поры-до времени пребывая в ожидании. «Трезвость со стиснутыми зубами» оставляет человека злым, неудовлетворенным и жалким. АА рассматривают такого индивида как не изменившегося по сути «сухого пьяницу», лишь бросившего прием химикатов, но не претерпевшего личностных изменений. АА прекрасно отдают себе отчет в парадоксальности дилеммы: абстиненция и длительное выздоровление не могут поддерживаться без «устранения дефектов характера», а дефекты характера не могут быть устранены или видоизменены без предварительного достижения абстиненции. На этой стадии лечения алкоголиков или наркоманов групповая психотерапия становится гораздо менее ограниченной, менее подчиненной жестко структурированным лечебным подходам, нежели это было на ранних и средних фазах лечения. Ранее забота о смягчении тревожности, регрессии и враждебности полностью главенствовала в поведении ведущего, поскольку процесс выздоровления и эмоциональная стабильность зависимого индивида были еще весьма хрупки. Необходимо было постоянно взвешивать целесообразность применения всякой интервенции и любого технического приема, размышляя, не спровоцируют ли действия терапевта возврата зависимых пациентов к старым способам решения проблем, если они получают слишком скорую или слишком интенсивную эмоциональную стимуляцию. Вместо этого акцент должен был делаться на адаптации алкоголиков или аддиктивов к культуре двенадцатишагового сообщества выздоровления и на их признании себя алкоголиками или наркоманами. В то время как забота о срыве всегда, с самого начала лечения, доминирует в стратегии лечебного процесса, ее фокус изменяется во время поздних фаз выздоровления, когда индивиды достигают большей трезвости, стабильности и абстиненции. Алкоголики или аддикты больше не предохраняются от того, чтобы чувствовать слишком многое, или слишком быстро открываться своим эмоциям (т.е., препоручай, живи одним днем и т.п.); они вынуждены осознать то, что если они не будут фактически заниматься теми эмоциональными темами и конфликтами, что властвуют над их жизнью, то подвергнут себя опасности рецидива.

Длительное лечение алкоголиков или наркоманов в конечном счете требует лечения характера. Будь то личностное расстройство или более мягкая манифестация глубоко укорененного, привычного паттерна дисфункционального поведения, во многом сформированного химическим воздействием на тело и мозг пациента, эта часть его или ее жизни должна подвергнуться решительной атаке. По этой причине групповая терапия становится еще более критичным компонентом процесса исцеления. Как выяснено многими исследователями и клиницистами, групповая терапия оказывается предпочтительной формой для лечения не только зависимостей, но и расстройств характера (Alonso и Rutan, 1993; Klein и др., 1991, Leszcz, 1989). Адаптация техник к долговременному лечению доминирует в групповом подходе на этой фазе выздоровления. Как знает любой хорошо обученный клиницист, характерологические нарушения не поддаются быстрым изменениям и не подвластны краткосрочным стратегиям. Подобным же образом профилактика рецидива признается пожизненным процессом, и чрезмерная самоуверенность может быть предупредительным сигналом о том, что старые нарциссические паттерны — гордыня и вера в собственную неповторимую особость — возвращаются. Члены АА, к примеру, давно признали, что от «У меня с этим все в ажуре» до «Я могу пропустить иногда рюмашечку» и до «Я не могу быть алкоголиком, потому что я другой», а затем до «Я особенный и уникальный, не такой, как они» — очень небольшой шаг. Смирение и принятие себя со всеми своими недостатками — вот противоядие аддиктивному образу жизни, тем верованиям и установкам, которые подчиняют себе активного алкоголика или наркомана. Успешное длительное лечение зависимости требует поддержания тонкого баланса между в основном защитным характером химически зависимого человека (грандиозностью, нарциссизмом и обсессивно-компульсивными чертами) и чувством стыда и бесполезности, которому подчинена его внутренняя эмоциональная жизнь. Ведущий должен всегда точно осознавать то, что потенциально до рецидива недалеко всякий раз, когда алкоголик или аддикт качнется слишком сильно в сторону того или иного полюса (грандиозности и стыда). Когда зависимые индивиды чувствуют себя слишком хорошо или слишком плохо, потенциальный срыв критически близок, а равновесие максимально хрупко. Искусство долгосрочного лечения аддиктивов заключается в способности терапевта помогать им поддерживать изменчивый и тонкий баланс между этими двумя крайними позициями.

Смена парадигмы

Долгосрочное лечение химически зависимого человека в группе требует изменения парадигмы, отхода от типично медицинской модели и более традиционных форм индивидуальной и групповой терапии, часто применяемых при лечении неаддиктивных пациентов. По мере преодоления раскола в психиатрии связь между патологией характера и аддикцией все лучше понимается и все чаще идентифицируется. Сейчас все шире принимается мнение, что традиционные подходы к лечению как зависимости, так и патологии характера должны быть изменены, если мы хотим, чтобы пациенты успешно излечивались. Интерпретация и разрешение переноса, долго бывшие двумя краеугольными камнями психодинамической терапии, теперь видятся сами по себе неадекватными инструментами для излечения патологии характера и аддикции. Открывается все больше и больше свидетельств того, что для изменения характерологической патологии пациенты должны интернализировать и интроецировать новые реалии, включая интернализацию нынешних отношений — в актуальном окружении и на нынешней стадии зрелости. Большая часть индивидуальных переносов возбуждает в этих пациентах сильные чувства объектного голода, зависимости и враждебности. Поэтому групповой формат, где эти чувства могут быть рассеяны посредством удовлетворения, получаемого от частичных объектов (part-object gratification), и поддержки, обеспечивает необходимую поддерживающую среду для разрешения трансферентных искажений и интернализации здоровых и более зрелых, приносящих удовлетворение отношений.

Алонсо и Рутан (1993) являются наиболее признанными авторитетами групповой психотерапии, четко сформулировавшими причины того, почему групповая терапия является предпочтительной для случаев патологии характера. Следуя за Лео Стоуном (1961) в критике «трупной модели» как классического стереотипа аналитика, они указали, как такая позиция «оказывается неспособной предложить какую бы то ни было реальную возможность для интернализации или интроекции вслед за интерпретацией переноса» (стр.441). Сходным же образом Луис Ормонт (1992), описывая доэдипального пациента, утверждает, что эти пациенты представляют особые проблемы, поскольку их трудности являются результатами провалов развития, произошедших в очень раннем детстве, до того, как они научились эффективно использовать слова. Ормонт совершенно справедливо замечает, что такие индивиды оказываются под контролем собственных эмоций и склонны скорееотреагировать или отыгрывать, чем проговаривать их. Такие люди, задержавшиеся в развитии, склонны использовать внешние источники удовлетворения (т.е. наркотики, алкоголь, секс, и т.д.) и не реагируют на слова или интерпретации. Доступ к ним и возможность влиять на них лежит в области чувств и действий.

Терапевтический подход, находящийся под влиянием традиционной медицинской модели, требует идентифицированного пациента, от которого ждут зависимости и веры в способность авторитетной фигуры решить или устранить его трудности. Это попросту не работает в случае аддикции или расстройства характера. Обычно такие пациенты не чувствуют, что у них есть проблема; они считают трудности в своей жизни чем-то внешним по отношению к себе; их способность придерживаться хоть каких-нибудь правил, включая правила терапевтического контракта, ограничена; они стремятся рассеять тревогу путем отыгрывания или злоупотребления химическими веществами, и испытывают печально известные трудности в сфере подлинно интимных межличностных отношений. По этой причине им чрезвычайно трудно выносить и поддерживать терапевтический альянс с каким бы то ни было человеком, если только они не настроены друг на друга идеальным образом. Терапевтический парадокс здесь заключается в том, что даже если терапевт и может идеально настроиться на пациента, все равно конфронтация, фрустрация и установление границ являются критическими элементами, необходимыми для прекращения употребления химических препаратов и для осуществления характерологических изменений. Следовательно, групповой терапевтический подход, базирующийся на парадигме, которая подчеркивает межличностные отношения, взаимность и чувство общности, оказывается наиболее эффективной моделью, способной адекватно обращаться ко всем разнообразным вопросам и потребностям, приносимым подобными пациентами в терапию. Пересматривая теорию доэдипальной или характерологической патологии, Алонсо и Рутан (1993) выделили пять основных проблемных сфер в работе с такими пациентами. Характерологические проблемы обычно

1. Находятся вне осознания пациента.
2. Воспринимаются, как «такой уж я есть», когда доводятся до осознания.
3. Сопротивляются изменениям, даже если пациент хочет измениться.
4. Навязчиво повторяются до тех пор, пока не проработаны полностью.
5. Трудно поддаются изменению, даже при наличии мотивации.

Тщательно продумав и досконально разработав эти пять пунктов, Алонсо и Рутан предлагают пути уникального обращения групповой терапии к каждой из этих сфер.

Помощь пациенту в осознании. Поскольку черты характера проявляются наиболее выпукло в межличностной сфере, группа имеет существенное преимущество по сравнению с индивидуальной терапией. В группе индивиды не должны разговаривать о своих трудностях; последние сами проявятся в непосредственном взаимодействии с другими членами группы. Поскольку группа позволяет индивидам ощущать себя отраженными в зеркале всей группы, то, соответственно, здесь меньше полагаются на интеллект или инсайт, и больше — на осознание своего Я в связи с прочувствованным, живым опытом общения с другими участниками.

Да, я такой. Алонсо и Рутан пишут: «Поскольку черты характера по определению эго-синтонны, то есть не генерируют в пациенте никакого особого чувства типа «это не я», часто людям бывает невыносимо трудно услышать об их бесспорном присутствии, и это, как правило, ведет к массовой мобилизации характерологических защит» (1993, стр.443). Алонсо и Рутан справедливо обращают внимание на то, что это неизбежно ведет к сильным чувствам разоблаченности и стыда. Они заключают, что это — первое и самое главное препятствие, которое должно быть преодолено в терапии. Как они писали в другом месте (Алонсо и Рутан, 1988), и как подчеркивается в Главе 7 настоящей книги, АА хорошо работает, поскольку программа уникальным образом обращается к проблеме стыда. Алонсо и Рутан также считают взаимность разоблачения и принятия, возможную только в групповом формате, основным элементом разрешения стыда.

Хочу измениться, но не могу. Алонсо и Рутан называют стыд и страх разоблачения первичным препятствием для изменения характера. Поскольку основные паттерны характерологического поведения привычны и устанавливаются в раннем детстве как результат стыда, то изменение этих паттернов требует проработки этого чувства. Отказ от привычек, связанных с самыми ранними объектами привязанности, означает, что индивид должен будет проработать и депрессию покинутости, тесно переплетенную с привычными способами реагирования на других людей. Поскольку изменения характера столь сложны из-за сильных чувств — стыда, злости и депрессии, то обещание принятия со стороны группы равных, также обязавшихся обнажать свои уязвимые места, облегчает муки снятия покровов с глубоко укорененных, тайных компромиссов.

Ну вот, все по-новой. Поскольку характер, по определению, состоит из привычек, участники будут повторять в группе те поведенческие модели, которые и принесли им многочисленные трудности и обусловили их потребность в лечении. Регрессия и компульсивное повторение доминируют в долгосрочном групповом лечении таких пациентов. Как указывали Алонсо и Рутан, благодаря многообразию возможностей множественных реакций переноса, группа обеспечивает усиление регрессии и необходимую при этом безопасность, принятие и поддержку, столь необходимую этим людям во время проработки компульсивного повторения, подчинившего себе их жизнь.

Зачем изменяться? Что это мне даст? Расставание с привычным поведением болезненно и сложно. Многими это ощущается как предательство себя на базовом, основополагающем уровне, продажа себя ради того, чтобы только быть принятым другими. Следовательно, в этом таится угроза, которой надо избежать любой ценой, поскольку она ощущается как угроза потери личностной целостности. И вновь силой, препятствующей устранению зависти и других видов деструктивного или пораженческого поведения, оказывается стыд. Как пишут Алонсо и Рутан, «Сплоченность, присущая терапевтической группе, и потребность быть включенным в сплоченную группу может преодолеть стойкое сопротивление изменениям. Могущество движения самопомощи подтверждает силу этой потребности в сплоченности» (1993, стр.445)

Парадигма групповой терапии для одновременного лечения аддикции и патологии характера

Алкоголики и люди, злоупотребляющие другими химическими веществами, плохо реагируют на пассивных, эмоционально сдержанных ведущих или на стратегии, не обеспечивающие эмоциональной отдачи, поддержки и отклика. В целом зависимые пациенты не очень хорошо справляются с регрессивной тягой, которая вполне может ощущаться в группе, если ведущий использует техники, исходящие из Тэвикстокской или классической психодинамической теории, как отмечают Бион (Bion, 1961), Эзриэль (Ezriel, 1973) или Райс (Rice, 1965). Это отнюдь не подразумевает, что ведущий обязан обеспечивать группе и ее членам инфантильное удовлетворение. Это не только нереалистично, антитерапевтично и, в конце концов, невозможно, но и питало бы нарциссизм участников, а также их пропитанное всемогуществом ожидание немедленного удовлетворения. Скорее, установление климата оптимальной фрустрации может поддержать тонкое равновесие, которое необходимо для того, чтобы обеспечить достаточный уровень отклика на потребность алкоголиков и аддиктов в зависимости — до тех пор, пока они не окажутся способными постепенно интернализировать контроль над собственными деструктивными импульсами и эмоциями.

Задача ведущего группы заключается в том, чтобы обеспечить поддержание членами группы абстиненции, в то же время предоставив им возможность в достаточной мере испытать тревогу и фрустрацию, чтобы стимулировать выявление типичных деструктивных и дезадаптивных характерологических паттернов и стилей копинга. В то же время, требуется достаточная доля поддержки и удовлетворения, чтобы гарантировать отсутствие отыгрывания в группе (минимизация деструктивных трансферентных искажений и патологической проективной идентификации), и вне ее (уход из группы или возвращение к алкоголю или наркотикам в попытках справиться с болезненным аффектом) до тех пор, пока они не научатся справляться с неприятностями и стрессом более продуктивным образом.

Для того, чтобы добиться этого, ведущие должны быть активнее и щедрее на вознаграждения, чем при работе с неаддиктивными людьми. Акцент Ялома на сплоченности как на важном целительном факторе приобретает дополнительное звучание при работе с этой категорией пациентов. Групповой климат, в котором поощряется понимание своего Я и себя по отношению к другим, поможет членам группы увидеть тот путь, который может вести человека от психологической уязвимости к употреблению алкоголя и наркотиков, и дальше — к зависимости от них.

В более традиционной психодинамической групповой психотерапии, использующей теорию объектных отношений, задачей ведущего является помощь членам группы в проработке защитных механизмов, которые каждый из них использует, пытаясь справиться с тревогами, вызываемыми неприемлемыми или угрожающими формами объектных отношений в группе. Подобная тревожность часто связана с подсознательными инстинктивными влечениями, и задачей ведущего обычно является интерпретация подобных защит и тревог. Однако, если следовать Кохуту (1977b) и теоретическим взглядам психологии самости, лучше не интерпретировать подобную тревожность или такое поведение как искаженное или неадаптивное, а помочь алкоголику или аддикту понять, что подобные реакции — следствие не нашедших должного отклика потребностей в отзывчивости Я-объекта, которые повторяются здесь-и-теперь в групповом взаимодействии. Этот подход, находящийся под сильным воздействием терапии и психологии Я, является гораздо более поддерживающим и вознаграждающим, и гораздо менее угрожающим или стыдящим, нежели традиционные подходы к лечению тех уязвимых мест, которые обычно присущи большинству алкоголиков и аддиктов.

Ведущий должен помнить, что интервенция, полезная для алкоголика, недавно вступившего на путь выздоровления, может быть абсолютно неподходящей для алкоголика на втором, третьем или даже десятом году трезвости. Ранние интервенции должны быть направлены на уменьшение отрицания алкоголика или аддикта, и одновременно должны избегать индукции слишком большого количества негативного аффекта слишком быстро. Фактически, нужно инициировать постепенный сдвиг, требующий от химически зависимого индивида холодного твердого взгляда на собственную патологию характера и на защиты, предохраняющие его от восприятия своих пораженческих поведенческих паттернов (то есть, употребления алкоголя и наркотиков). В конце концов, они должны научиться иметь дело с межличностными конфликтами без того, чтобы полагаться на химикаты, смягчающие или регулирующие аффект. В групповом лечении алкоголиков и наркоманов существуют уникальные черты, о существовании которых ведущий должен знать, если хочет, чтобы целительные силы группы были успешно использованы. Все лечебные факторы (Ялом, 1985), существующие в любой хорошо проводимой группе, будут доступны компетентному и хорошо обученному ведущему. Однако, важно, чтобы последний делал на некоторых из этих факторов больший акцент, чем на остальных. Некоторые из нижеперечисленных целительных сил особенно важны во время ранней фазы лечения алкоголиков и людей, злоупотребляющих другими химическими препаратами:

1. Позитивная поддержка равных и давление, заставляющее воздерживаться от алкоголя и наркотиков;
2. Взаимная идентификация и возможность узнать, что они не одиноки и не уникальны в своей борьбе с навязчивой одержимостью химическими препаратами;
3. Возможность лучше понять свои собственные установки и отрицание аддикции, благодаря шансу столкнуться с похожим отношением и похожими защитами у других алкоголиков и наркоманов;
4. Обучение на опыте и обмен фактической информацией, передающей идею о том, что абстиненции всегда сопутствует приоритет, отдаваемый самоидентификации в качестве алкоголика или наркомана;
5. Идентификация, сплоченность, надежда и поддержка обеспечиваются структурированным и упорядоченным пространством, с ясно обозначенными границами и соответствующими последствиями их нарушения. Это помогает людям, злоупотребляющим химическими препаратами, должным образом разделять то, за что они ответственны (т.е., первый глоток), и за что не ответственны (т.е. аддикцию как болезнь);
6. Химически зависимым индивидам предоставляется возможность лучше осознать, как их межличностный характерологический стиль мешает их способности устанавливать удовлетворяющие, здоровые и близкие отношения с другими.

Этот последний пункт особенно важен, поскольку редко встречаются злоупотребляющие веществами люди, не имеющие либо расстройства характера, либо такой его патологии, которая приносит им постоянные сложности в межличностных взаимоотношениях. Трудности в формировании и поддержании здоровых отношений особенно важны, поскольку невозможность их установить — основной фактор, приводящий к срывам и возвращению к употреблению химических веществ. Как пишут Ханзян, Халлидей и МакОлифф (Khantzian, Halliday и McAuliffe, 1990): «Если изначально человека приводит к лечению употребление наркотиков, то лечение характера приводит не только к тому, что человек бросает наркотики, но и к глубоким переменам в восприятии себя и мира... В конечном итоге, мы видим путь к выздоровлению от аддикции в лечении расстройства характера» (стр.3).

Лечение патологии характера, или дефицита самости (Я) и психической структуры (Kohut, 1977b) становится долгосрочной конечной целью групповой психотерапии по целому ряду причин. Кохут и другие теоретики объектных отношений видят в аддикции состояние, являющееся результатом неверно направленных попыток самолечения дефицита психической структуры. Уязвимость самости является последствием провалов развития и депривации в раннем окружении. Злоупотребление препаратами как попытка самоисправления только обостряет это состояние из-за физической зависимости и дальнейшего ухудшения физиологической и психологической структуры. Хронический стресс, воздействующий на существующие внутренние структуры, ведет к увеличивающимся трудностям в регулировании аффекта, поведения и заботы о себе, усиливая характерологическую патологию.

Следовательно, аддикт и алкоголик всегда будут склонны к компульсивному, обсессивному и аддиктивному поведению, постоянно заменяя одну аддикцию (наркотики, алкоголь, секс, азартные игры, работу, еду или извращения) другой до тех пор, пока уязвимые места в структуре Я не будут исправлены и восстановлены. Исправление и реставрация Я могут быть осуществлены только в целительных, здоровых отношениях. Обычно бывает необходимо обеспечить индивиду постоянное и последовательное, питающее, отражающее и поддерживающее окружение, способное контейнировать негативные, деструктивные импульсы и управлять ими, одновременно предоставляя человеку возможность идентифицировать, интернализировать и инкорпорировать более здоровый набор интроектов и внутренних объектных репрезентаций.

Однако, как только психическая структура исправлена и восстановлена, она (как и любой живой организм) может поддерживаться только в том случае, если ей обеспечено окружение, в котором она находит заботу, питание и возможность расти и цвести. Это условие может быть выполнено, только если алкоголики и злоупотребляющие иными химическими веществами пациенты научатся поддерживать и устанавливать здоровые близкие межличностные отношения вне терапевтической среды. Поскольку отношения тоже могут стать компульсией и аддикцией, члены группы нуждаются в том, чтобы получить опыт и ощутить себя в отношениях с другими, чтобы лучше и полнее понять, какой именно вклад они вносят в собственные трудности в межличностной сфере. До тех пор, пока эта задача не выполнена, продолжительное отсутствие удовлетворяющих и полноценных отношений в их жизни оставит незаполненным внутренний вакуум, сделает их восприимчивыми и подверженными поиску деструктивных внешних источников удовлетворения и ощущений (т.е. наркотиков, секса, еды и т.д.), которые помогают им отразить болезненный аффект, постоянно угрожающий овладеть ими.

Стратегии лечения на поздних стадиях

Как только ведущий смог квалифицированно использовать силу и рычаги группы для того, чтобы помочь алкоголикам и наркоманам постепенно интернализировать ответственность за воздержание от алкоголя и наркотиков, он должен постепенно начинать подводить членов группы к признанию тех внутренних факторов, которые привели их к склонности использовать факторы внешние (т.е. наркотики, алкоголь, секс, еду и проч.) в качестве способов регулирования аффекта и удовлетворения. Это требует от членов группы исследования и понимания связи между употреблением наркотиков, своей патологией характера и своей неспособностью сформировать здоровые, удовлетворяющие, близкие отношения. Подобное понимание требует от членов группы способности взглянуть на свое прошлое и на свою раннюю историю в родительской семье холодным, твердым и честным взглядом.

Поскольку большинство алкоголиков и злоупотребляющих веществами людей происходят из дисфункциональных и алкогольных семей, неудовлетворительные и дисфункциональные отношения являются для них нормой. В большой мере это происходит благодаря опыту лишений раннего детства, подпитываемого мотивом навязчивого повторения, который влечет их к воспроизведению дисфункциональных межличностных стилей снова и снова в настоящем. Вследствие этого, они обычно очень плохо выбирают, или, силой проективной идентификации, подсознательно принуждают других к такому же поведению и к такому же обращению с ними, какое было в их прошлом.

Именно в сфере межличностных отношений, проживаемых в «здесь и сейчас» терапевтической группы, ее члены начинают получать проблески понимания того, как они сами участвуют в повторении своего прошлого в настоящем. Как говорит Алонсо (1985), «Членам группы нет необходимости говорить о своих проблемах в группе, они будут иметь их!». Используя групповую обратную связь и поддержку, члены группы могут начать идентифицировать и осознавать свои тонкие (или не тонкие) разрушительные межличностные стили.

Члены зрелой, сложившейся группы, которые смогли соблюсти дистанцию между настоящим моментом и моментом своей последней выпивки или последнего приема химических веществ, способны больше получить и большему научиться при использовании стратегии, фокусирующейся на обменах здесь-и-сейчас между членами группы. Поскольку возросшая трезвость и абстиненция избавляет их от озабоченности по поводу прекращения приема наркотиков и тяги к ним, они становятся способными вынести менее богатый вознаграждениями и более требовательный подход. Конечная цель группы на данный момент — помочь им развить здоровые межличностные навыки в группе — так, чтобы они могли генерализовать и применить их вне группы, в «реальном мире». Они должны прийти к пониманию того, как устанавливать, подпитывать и смаковать взаимно удовлетворяющие отношения, не поддаваясь разрушительным импульсам, подрывающим их изнутри. Как предлагает Кохут и другие теоретики объектных отношений, ведущий должен помогать членам группы понимать, что все мы с рождения — существа, ищущие объект, и что влечение к формированию удовлетворительных отношений врожденно. Как предполагает Кохут (1984), ни один человек никогда не перерастет свою потребность в удовлетворительных отношениях, а исцеление в терапии достигнуто тогда, когда человек оказывается в состоянии установить здоровые отношения вне терапевтического окружения.

Модель Ялома и психология самости (selfpsychology)

Одним из применений психологии самости (Я) в лечении зависимостей в формате групповой терапии является понятие о двух уровнях, существующих одновременно в каждом межличностном взаимодействии любого члена группы.

Первый — это внешнее взаимодействие между участниками и теми людьми, с которыми они общаются во внешнем мире. В то же самое время, существует внутреннее взаимодействие, испытываемое и проигрываемое ими в своем внутреннем мире. Каждый из уровней взаимодействия оказывает влияние на другой. Внешнее взаимодействие накладывает отпечаток на внутренние представления о себе и об объектных отношениях, в то время как внутренний мир окрашивает, искажает восприятие и влияет на людей во внешнем мире, заставляя их вести себя или действовать теми способами, которые «соответствуют» подсознательным проективным ожиданиям. Каждый из уровней взаимодействия должен признаваться, если ведущий и участники хотят полностью понять динамику, характерную для каждого индивида в группе.

В то время как модель взаимодействия по Ялому оказывается лучшей систематической моделью для понимания и объяснения внешнего поведения членов группы, то теория объектных отношений и психология самости обеспечивает наилучшее объяснение ненаблюдаемых внутренних переживаний участников, связанных с внешними событиями, происходящими здесь и сейчас в группе. Групповой формат в большей степени способен выполнить эту задачу, поскольку он предоставляет множество ключевых элементов, недоступных в индивидуальной терапии. Групповая терапия обеспечивает аддиктам гораздо более широкий спектр индивидуальностей, от которых те могли бы зависеть, или на которых могли бы направить свой гнев. В силу численности групповой формат разбавляет интенсивность чувств, которые непременно активизируются в любых тесных межличностных отношениях, и которые должны быть проработаны, если предстоит характерологическое изменение. В то время как этот процесс, похоже, оказывается слишком угрожающим для отношений один-на-один, группа дает более безопасное поддерживающее окружение, предоставляющее аддиктам больше «пространства», и в то же время позволяет им встретиться с интенсивным чувством враждебности и амбивалентности, с которыми им неизбежно придется иметь дело по мере того, как будет всплывать на поверхность их потребность в одобрении, зависимости и заботе. Обычно большинство наркоманов и алкоголиков не может вынести стимуляции «объектного голода», или своей собственной тоски по зависимости, активируемой в индивидуальной терапии так же, как и в любых близких взаимоотношениях. Как подчеркивает Коссефф (Kosseff, 1975), группа может стать своеобразным «переходным объектом, который предохраняет пациента от интенсивного страха зависимости от терапевта, поскольку эта зависимость переносится на группу. Группа несет в себе степень свободы или поддержки, которую не могут обеспечить диадические отношения, и в то же время служит буфером против слишком сильных чувств фрустрации и страха наказания в случае, если участник будет функционировать автономно» (стр.237).

Клинический пример поможет проиллюстрировать последнее утверждение.

Мэри, выздоравливающая наркоманка, почти два года сохраняющая абстиненцию, довольно хорошо прогрессировала в своей терапевтической группе, в которую она попала вскоре после выхода из стационарной программы A&D. Наряду с непосредственными комфортными отношениями, которые ей удалось установить в группе, у нее быстро развился идеализирующий перенос по отношению к женщине-ведущей. Жадно ловя каждое ее замечание, она радовалась любому проявлению внимания и поддержки с ее стороны. Ее восхищение вдруг резко прекратилось после почти года участия в группе, когда ведущая поддержала наблюдение другого участника о том, что Мэри нетерпима к любому проявлению несогласия с ней. Мэри взорвалась от ярости, крича, что «ее достали люди, предающие и обвиняющие ее», обращая большую часть своего гнева на ведущую. Все попытки сдержать ее и проинтерпретировать происходящее, предпринятые ведущей, оказались тщетными. Однако, Мэри оказалась в состоянии добиться некоторой поддержки от других членов группы, которые выразили свое понимание ее чувств, поскольку сами чувствовали нечто подобное по отношению к некоторым другим людям в их жизни, что смягчило Мэри. После этого эмоционального взрыва прошло немало недель, в течение которых Мэри отказывалась даже взглянуть на ведущую, не говоря уже о том, чтобы заговорить с нею. Единственными ее комментариями в течение следующих двух месяцев были бормотания о том, что она хочет покинуть группу, поскольку «больше не чувствует себя здесь в безопасности». Однако, эмоциональные связи Мэри со многими людьми в группе были достаточно сильными, чтобы она смогла откликнуться на их призывы остаться, на их слова о том, что они беспокоятся и заботятся о ней и будут скучать без нее, если она уйдет. Так что Мэри продолжала регулярно посещать сессии, фактически все более и более свободно взаимодействуя со всеми остальными членами группы, в то же время оставаясь несколько настороженной и дистанцированной от ведущей. Постепенно она смогла вовлечься во взаимодействие и с последней, и даже благоприятно отозвалась на некоторые из ее интервенций. В конце концов, однажды она рассказывала группе о споре, произошедшем с ее руководительницей на работе. Она посмотрела прямо на ведущую и открыто призналась: «Ты знаешь, мне кажется, что я искажала ее замечания и реагировала чрезмерно бурно, точно так же, как на твои слова пару месяцев назад».

Интерпретации не требовалось. Группа предоставила ей безопасное, поддерживающее окружение, а участники снабдили ее достаточным количеством «хороших объектов» для связи с ними до той поры, пока она не сможет проработать интенсивные чувства переноса на ведущую, олицетворяющую интернализированную в качестве плохого объекта родительскую фигуру. Если бы члены группы не смогли обеспечить ей достаточной безопасности своей поддержкой, она, вполне возможно, бросила бы терапию или обратилась бы к прежним источникам удовлетворения (алкоголю или наркотикам).

Обычно алкоголики или наркоманы не могут вынести враждебности, которая со временем проявляется в любых отношениях, и вследствие этого прерывают их, испугавшись собственного гнева, возможности быть покинутым или возмездия.

Поскольку группа представляет собой более безопасный «переходный объект» или поддерживающее окружение, она позволяет наркоманам или алкоголикам достичь сносных взаимозависимых отношений с другими членами группы без калечащего вмешательства их собственного гнева, зависимости или страха близких отношений с терапевтом. Группа помогает создать безопасное пространство между аддиктом и терапевтом. В конце концов, благодаря своей потребности нравиться и быть с другими, они могут идентифицировать и интернализировать более стабильный набор внутренних репрезентаций, скоренных по образцу ведущего и других членов группы. Группа предоставляет альтернативу деструктивному наркоманскому окружению, которое до настоящего момента преобладало в их жизни. Постоянная доступность группы также может выполнять успокоительную функцию для ее членов, когда бы у них ни случился кризис. Группа обеспечивает своих членов набором различных объектов, от которых они могут зависеть или на которые они могут направить свой гнев, и позволяет им встретиться с амбивалентностью, характерной для взаимоотношений, позволяя не чувствовать серьезной угрозы потери или чрезмерной близости каждого отношений в отдельности.

Терапия внутреннего структурного дефицита

Кристал (Krystal, 1982) не соглашается с точкой зрения Кохута на то, что неспособность алкоголика обрести радость в самоутешении может быть излечена в процессе «преобразующей интернализации». Во многом товарищество АА позволяет этому происходить. Кристал не согласен с тем, что трудности алкоголиков и наркоманов связаны с дефицитами структуры самости. Он считает, что эта проблема возникает из-за «торможения, являющегося результатом ошибочного приписывания этих функций объекту, а не Я-репрезентации» (стр.611) Он считает, что эти люди видят себя жертвами детских лишений и ожидают от терапевта обеспечения их недостающей любовью, веря в то, что все будет хорошо и славно, если этого достичь. Кристал видит состояние алкоголиков и наркоманов следующим образом: «Если ты любишь меня, ты заставишь меня чувствовать себя хорошо; следовательно, пока не все совершенно и я не чувствую себя счастливым и благостным, ты меня не любишь». Он добавляет также, что «эти пациенты горько сожалеют о прошлом и требуют, чтобы терапевт перемотал назад ролик их жизни и все там поправил» (стр.611).

Кристал прав в своих оценках их требований и ожиданий, но чего он не может понять, так это реальности пережитых ими лишений. Их потребности не были встречены поддерживающим, эмпатическим Я-объектом. Вот что заставляет их искать недоступного и постоянно подтверждать свое мнение о том, что мир отвергает их и несправедлив к ним. Кристал верит, что это иллюзии — нечто такое, что, по всей вероятности, фабрикуется ими самими. Такая позиция не коррелирует с теорией развития Малера, которая в сущности является моделью депривации. Очевидно, что алкоголики и наркоманы искажают объекты в своем внутреннем мире и воспринимают других как неспособных к эмпатии и неблагодарных. Именно поэтому терапевт, занимающий невознаграждающую и недирективную позицию, провоцирует такой гнев у химически зависимых людей. Подобная неэмпатичная позиция терапевта вновь разжигает болезненные воспоминания об архаичных Я-объектах, которые подвели их в прошлом.

Кристал прав также и в своих указаниях на то, что их ожидания нереалистичны и никогда не смогут быть удовлетворены или исполнены. Именно к этому пониманию химически зависимый человек должен со временем прийти и принять его. Он должен признать, что поиск тщетен, и подчиниться этому пониманию. В терминологии АА, он достигает дна. Затем он должен принять тот факт, что ни один человек не может дать ему то, чего он хочет, и что только он сам ответственен за выполнение трудной задачи построения структуры посредством интернализации двенадцати шагов программы АА. Вот почему АА и групповая терапия работают там, где терпит неудачу индивидуальная терапия. АА и группа становятся заменителями Я-объектов или переходными объектами, позволяющими выздоравливающим индивидам идентифицировать и интернализировать те аспекты, которых недостает их структуре. Я-объектные искажения, спровоцированные слишком сильной идентификацией и слишком большими ожиданиями от одного индивида, минимизируются, и каждому человеку предоставляется достаточно времени и пространства для растворения трансферентных искажений. На языке АА это звучит так: «Вместе мы сможем то, с чем я не справлюсь в одиночку».

Кристал не до конца понимает все последствия событий, происходящих в раннем детстве. Если поведение родителей является отвергающим, полным гнева или преследующим, то ребенок, неспособный отказаться от внешнего объекта, поскольку ему нужны его родители для выживания, не может изменить свою внешнюю реальность, потому что он слишком беспомощен и зависим. Следовательно, он справляется со своей фрустрацией и разочарованием путем интернализации любимого-ненавистного родителя. Таким способом ребенок пытается обрести контроль над объектом в своем внутреннем психологическом мире. Эти отношения любви-ненависти подавляются и остаются в качестве интроекции, психологической репрезентации во внутреннем мире ребенка. Это эмоциональные отношения между Я и интернализированным внешним объектом, но не чувства как таковые. Интроекции становятся частью структуры личности.

Чем в более раннем периоде жизни возникает такое расщепление и интроекция, тем более болезненным и фрустрирующим становится внешний мир. Например, алкоголики склонны видеть других людей либо абсолютно хорошими, либо абсолютно плохими. Когда абсолютно хороший объект неизбежно разочаровывает их, они выходят из себя от того, что их опять обделили. В таких случаях алкоголики вынуждены или воспринимать такие объекты как абсолютно плохие, чтобы сохранить свою собственную абсолютно хорошую интроекцию, или воспринимать самих себя, как абсолютно плохих, не заслуживающих хорошего объекта.

У них может возникнуть сильное желание слиться с хорошим объектом, но при сближении они чувствуют себя загнанными в ловушку, что побуждает их немедленно отдалиться. Алкоголики воспринимают окружающих только с точки зрения своих интроекций или отрицаемых отщепленных черт. Взаимоотношения с внешней реальностью не только бессознательно интерпретируются в свете внутреннего мира алкоголика, в результате чего возникают искаженные ожидания, но алкоголик также предпринимает бессознательные попытки изменить близкие отношения таким образом, чтобы они совпадали с внутренними ролевыми моделями.

Если родители ведут себя подавляюще и критично, то впоследствии ребенок попытается заставить окружающих его людей превратиться в критичные и подавляющие объекты, с тем, чтобы его внешняя реальность совпала с его внутренним миром. Взаимоотношения принимают форму третьей сущности и интроецируются. Ребенок растет в атмосфере критики и подавления. Став взрослым, он продолжает подавлять и критиковать сам себя. В своих взаимоотношениях он воспринимает окружающих как подавляющих и критичных людей, постепенно заставляя других соответствовать своим внутренним представлениям о них.

Лечение интроекций

Как утверждает Кохут, структура психики формируется по мере того, как младенец и родитель, не поняв сигналы друг друга, пытаются вновь достичь более совершенного взаимопонимания. Понятия «достаточно хорошего материнства» и «оптимальной фрустрации» играют важную роль в позиции, занимаемой терапевтом в процессе лечения. Именно тогда, когда пациент и терапевт пытаются преодолеть препятствия в своих взаимоотношениях и нехватку взаимопонимания, происходит процесс созревания и закладывается основа психической структуры. Хотя быстрее и фундаментальнее всего структурализация идет в раннем детстве, личностное развитие — это процесс, продолжающийся всю жизнь. Терапевтической задачей становится пройти по тонкой границе между оптимальной фрустрацией с одной стороны и оптимальной тревожностью с другой. При этом необходимо обеспечить химически зависимому пациенту ровно столько удовлетворения, сколько нужно, чтобы он не прекратил лечение.

Поскольку алкоголики и наркоманы не выносят технической нейтральности, им необходим активный терапевт, который предоставит им определенный уровень удовлетворения. Они должны быть уверены в том, что их врач к ним не безразличен. Тем не менее, полная поддержка и удовлетворение не приведут к интернализации, коррекции интроекций и созданию структуры. Этот процесс требует, прежде всего, достижения эмпатического понимания пациента, а затем донесения этого понимания до последнего. Для этого необходим терапевт и ведущий группы, который сможет преодолеть непонимание и добьется разрешения конфликтов. По мнению Basch, «Только те ошибки, которые не были проанализированы, ведут к катастрофическим последствиям (1980, стр. 101).

Индивидуальная терапия обычно не приводит к успеху в работе с алкоголиками и наркоманами. Традиционные сеансы с глазу на глаз вызывают слишком много трансферентных искажений и зачастую приводят к тому, что сам терапевт чувствует себя фрустрированным и побежденным. По крайней мере, на ранних стадиях процесса выздоровления, индивидуальная терапия воспринимается наркоманами и алкоголиками как слишком угрожающая. Они не могут вынести стимуляции своих зависимых устремлений, а также не в состоянии справиться с враждебностью, которая неизбежно возникнет и будет угрожать непрерывности создавшихся взаимоотношений. Тем не менее, алкоголики и наркоманы должны сформировать в себе способность общаться с окружающими на значимом уровне. Им необходимо помочь в достижении адекватных зависимых взаимоотношений, не подверженных негативному вмешательству их собственной враждебности и страха перед близостью. Только под влиянием своего собственного желания доставить удовольствие другим и быть рядом с окружающими алкоголик может идентифицировать и сформировать более стабильный интернализированный набор ценностей, повторяющий модель, которая была предложена теми, кто пытается ему помочь.

Как же можно интернализировать этот потенциал здоровых отношений? Групповой подход и методы программы Анонимных Алкоголиков эффективны в силу ряда причин. Прежде всего, из-за количества членов терапевтической группы или группы АА, такая обстановка разрежает интенсивность чувств, которые в противном случае становятся слишком насыщенными (в ситуации один на один с терапевтом). Таким образом, алкоголик или наркоман может распространить свои привязанности на нескольких людей. Группа дает алкоголикам и наркоманам возможность справиться с интенсивной враждебностью и амбивалентностью в своих взаимоотношениях, предоставляя в их распоряжение ряд лиц, от которых они могут зависеть, или на которых они могут направить свой гнев. Таким образом, угроза страха зависимых пациентов перед близостью, враждебностью и зависимостью становится менее актуальной. Таким образом, структура группы и ее взаимоотношения с программой АА позволяют поддерживать защитный механизм расщепления ровно столько, сколько это необходимо. Подобным эффектом обладает и реакция ведущего группы, который своей твердой, но, тем не менее, не враждебной способностью принять на себя гнев может заложить основу будущим идентификациям.

Группа и программа АА могут предоставить альтернативу привычному образу жизни алкоголиков и наркоманов, проводящих время в барах и на улице. Именно такая альтернатива может удовлетворить их потребность в переходном объекте, таким способом создавая возможность для возникновения более стабильного и адекватного ощущения постоянства объекта. Постоянное присутствие группы и программы АА служит для успокоения химически зависимого пациента в критические моменты, когда бы они ни возникли.

Именно в такие моменты группа и программа АА могут стать готовым катализатором изменений в жизни химически зависимого пациента. Примерно так же, как край одеяльца или плюшевый медвежонок помогает младенцу, терапевтическая группа или программа АА помогает пациенту начать трудоемкий процесс движения к автономии и сепарации. Группа может стать переходным объектом для наркомана или алкоголика, если он пытается эмансипироваться от своей симбиотической связи с наркотиками или алкоголем, а также со своим Я-объектом.

Коссефф (Kosseff, 1979) приводит обзор переходных свойств группы в этом процессе интернализации.

1. Группа является материальной репрезентацией взаимоотношений между пациентом и терапевтом. Тем не менее, пациент остается защищенным от интенсивной зависимости от терапевта, поскольку эта зависимость переносится на группу.
2. Группа вносит определенную степень отделения от терапевта и предоставляет пациенту комбинацию поддержки и свободы, которую не могли бы предоставить взаимоотношения, возникающие в рамках индивидуальной терапии.
3. Группа защищает пациента от слишком интенсивного чувства фрустрации и страха перед наказанием за самостоятельные действия. Группа предоставляет своим членам поддержку в качестве альтернативы зависимости от определенного объекта.
4. Группа обеспечивает наличие «пространства между» терапевтом и пациентом, и дает возможность последнему применять творческий подход в заполнении этой свободной области. Пациент может использовать группу по своему усмотрению, делая свои отношения с терапевтом более расслабленными или более интенсивными, и расщепляя свою трансферентную идентификацию по мере необходимости.
5. Группа служит сопровождением для пациента в его попытках справиться со своими интернализированными абсолютно плохими объектами.
6. В качестве «достаточно хорошей, стимулирующей среды», группа, с одной стороны, является заменой терапевта, а с другой стороны, исключает возможность контроля как в отношении терапевта, так и с его стороны.
7. По мере того, как с помощью группы пациент избавляется от своих внутренних искажений образа терапевта, он обретает способность дифференцировать реальность от искажений. Границы между ведущим и пациентом становятся более твердыми.
8. В качестве переходного объекта, группа способствует формированию реального Я, и помогает пациенту овладеть этим Я, экспериментируя с объектами новыми способами. Выражение и получение сочувствия, ободрения, понимания и самоутверждения в группе приводит к высвобождению импульсов, и у пациента развивается способность к более близким взаимоотношениям.

Таким образом, ценность группы в качестве переходного объекта заключается в том, что группа способствует развитию процесса идентификации. Она помогает алкоголику и наркоману (1) перейти от набора интернализированных расщепленных образов своего Я к более однородной Я-репрезентации путем идентификации с другими членами группы; (2) отказаться от восприятия частичного объекта как целого объекта (то есть, когда терапевт воспринимается в качестве абсолютно плохого объекта); и (3) преодолеть страх быть побежденным ведущим, путем постепенного понимания, достигаемого с помощью других членов группы, что этого не может произойти, поскольку тот не настолько могуществен, и поскольку они, разделяя ведущего с пациентом, не дают пациенту удовлетворить свое стремление к слиянию. Коссефф (1975) обобщает этот процесс следующими словами:

«Группа помогает пациенту избавиться от примитивных идеализаций терапевта и его всемогущества, открывая ему глаза на реальность и на его недостатки. Поскольку пациент способен справиться с таким менее позитивным отношением к терапевту, он способен и «поменяться с ним местами», и увидеть себя в более положительном свете. В рамках индивидуальной терапии пациенты подвержены тенденции не замечать различий между своим собственным представлением о терапевте и его реальными свойствами, а члены группы нивелируют усилия пациента по постоянной патологической идентификации с терапевтом или с ними самими, заставляя его признать, а постепенно и принять свое отличие от других людей. Относительное молчание терапевта в рамках индивидуальной терапии может способствовать таким патологическим идентификациям, тогда как очевидное поведение группы и взаимодействие между ее участниками заставляют пациента объективно признать существование отличий. Полностью заблокированная, тупиковая идентификация с терапевтом, отказ от реального объекта и замена его интернализированным, возможно, идеализированным объектом, а также отказ от реальных возможностей своего Я в пользу фальшивого податливого Я, уступают место признанию своего Я хорошим и отдельным от других. По мере того, как снижается опасность слияния и жертвенности по отношению к терапевту, у пациента возникает надежда и возможность сепарации и истинной индивидуации» (1979, стр. 237).

Часто случается так, что даже после завершения лечения алкоголик выражает желание возвращаться для отдельных посещений занятий, в особенности если возрастает тревога. В таких случаях пожизненная доступность программы АА является еще более четкой иллюстрацией такой переходной функции. Многим пациентам сложно полностью оторваться от программы АА, и они стремятся поддерживать постоянный контакт с ней. Они обретают в АА постоянный источник уверенности, что вызывает одобрение со стороны сообщества АА. Таким образом можно различить, как развивается чувство самоодобрения, которое можно назвать постоянством объекта. Процесс, который не был завершен в детстве, может возобновиться в более поздние годы, по мере того, как сама программа берет на себя материнские функции, сначала как переходный объект, а затем, после интернализации ряда ценностей программы, как источник постоянства объекта.

Профессионалы зачастую с подозрением и беспокойством относятся к тому, что пациент полагается на программу АА. Некоторые ее критики выражают опасение, что наркоман или алкоголик может стать излишне зависимым от программы. Очень часто высказывается предположение о необходимости подготовить пациента к тому, чтобы «увидеть мир таким, какой он есть». С точки зрения внутренней жизни наркомана и алкоголика, возникновение такого зависимого поведения свидетельствует о значительном изменении в положительном направлении. Очень жаль, что так много специалистов рассматривают такой ход событий в отрицательном свете. Если алкоголик не может обойтись без людей, которые участвуют в программе АА, это уже большая удача. Такой поворот событий часто является первым признаком того, что у алкоголика появилась способность к личным взаимоотношениям, которые помогут ему признать свою потребность в помощи и найти новых людей, с которыми он может идентифицироваться. Это длительный процесс, и такие пациенты постепенно достигают здоровой независимости.

С этим принципом здоровой зависимости от других непосредственно связано созревание нарциссизма в определении Кохута.

Алкоголики и наркоманы обычно бывают нарциссически ориентированы. Они полагаются на свое грандиозное «я», что отражается в системе ценностей, выражаемой алкогольной и наркотической субкультурами. Таким образом, существует потребность в терапевтическом принципе, который разрушит нарциссические фиксации алкоголика или наркомана, способствующие увековечению заниженной самооценки. Кроме того, необходимы и принципы терапии, которые будут способствовать развитию здорового нарциссизма. Таким образом, лечение должно создавать идеализированную привязанность к программе, которая позволит пациенту находить здоровое удовлетворение своим нарциссическим потребностям. Полезно, если алкоголик или наркоман восхищается ценностями, выражаемыми философией программы, в которой он принимает участие. Хорошим примером в данном случае является программа АА, поскольку ее ценности так часто с энтузиазмом поддерживаются пациентами, и так часто вступают в прямую конфронтацию с принципами, которых придерживается алкогольно-наркотическая субкультура. Идеализируя ценности своей терапевтической группы или программы АА, алкоголики и аддикты не только меньше очаровываются употреблением алкоголя и наркотиков, они еще и испытывают искушение зависеть от тех, кого они идеализируют. Поскольку эти новые объекты обожания более надежны и гораздо более эмпатичны, чем их друзья-наркоманы или собутыльники, а также чем ранние родительские фигуры, у алкоголиков и наркоманов возникает желание рискнуть и позволить себе положиться на другое человеческое существо. Именно в такой атмосфере зарождается надежда и вера в то, что личностные изменения возможны, и что с помощью новых объектов идентификации разовьются более адаптивные паттерны взаимоотношений.

Групповая терапия и ВДА

По мере того, как групповой терапевт все больше и больше работает с алкоголиками и людьми, злоупотребляющими химическими веществами, он начинает понимать, что многие из членов их групп выросли в семьях, где один или оба родителя были алкоголиками. В конце концов, ведущий начнет обнаруживать, что у такого же количества членов группы имеется непропорционально высокое количество супругов или значимых других, также выросших в семьях с родителями-алкоголиками. Аддикции, похоже, оказываются характерной чертой целых семей. Если человек сам не пристрастился к химическим веществам, то его тянет к тем людям, которые пристрастились. Поскольку высока вероятность того, что алкоголики и злоупотребляющие химическими веществами люди участвуют в созданных по образцу АА двенадцатишаговых программах (т.е. Взрослые Дети Алкоголиков (ВДА), Ал-Анон, Со-Зависимость), ведущий вскоре обнаружит, что большая часть жаргона и понятий будет переплетаться в процессе лечения и выздоровления. Следовательно, ведущему важно ознакомиться со сходствами и различиями тех ВДА, которые сами пристрастились к употреблению химических веществ, и тех, кто этого не сделал. Каждый тип, как правило, проявит несколько отличный от других набор динамик, требующих различных стратегий лечения. В то время как алкоголики или наркоманы, выросшие в алкогольной семье, будут, скорее всего, отыгрывать свои трудности и демонстрировать неприкрытую патологию характера, неаддиктивные индивиды, выросшие с родителями-алкоголиками, скорее всего, будут затаиваться и скрывать свою психопатологию от других. Следовательно, будучи детьми, они, скорее всего, казались «хорошими» и оставались незамеченными школьными учителями, консультантами и семейными терапевтами. Результатом их хорошо усвоенной способности прятать свою внутреннюю боль и конфликты становится то, что, будучи взрослыми, они оказываются не замечаемыми другими и находят себя в помогающих профессиях.

Аддикция и семья

Алкоголизм и злоупотребление химическими веществами теперь считается состоянием или болезнью, оказывающей влияние на всех членов семьи (Gitlow, 1973; Jellinek, 1960; Johnson, 1973). Дети, растущие в семье с зависимым родителем, скорее всего, испытывают продолжающееся воздействие подобного опыта еще долгое время после того, как стали взрослыми и покинули свою родительскую семью. Общее мнение (Brown и Beletsis, 1986; Cermak, 1984; Kristbergh, 1985) говорит о том, что индивиды, выросшие в небезопасном, хаотичном, дисфункциональном алкогольном доме, имеют тенденцию развивать общие симптомы и характеристики в результате подобного общего опыта. Эти симптомы и характеристики стали общеизвестными и идентифицируются под общей рубрикой «Взрослые Дети Алкоголиков» (ВДА).

Утверждение, что ВДА является строгой диагностической единицей, пока еще открыто для дебатов. Чермак (Cermak, 1984), к примеру, явственно чувствует, что это лишь ярлык, а не диагноз, и он неоднократно предельно пытался прояснить те чрезмерные обобщения, которые допускают многие авторы, пишущие на эту тему. Фактически, литература о ВДА испытывает большое влияние анекдотического, клинического, импрессионистического и личного опыта авторов. Большинству хороших эмпирических исследований недостает способности ясно идентифицировать набор черт и характеристик, ясно отличающих ВДА от других индивидов, выросших в дисфункциональных, но неалкогольных семьях. Однако, несмотря на нынешнее отсутствие обширных эмпирических свидетельств в поддержку этого ярлыка, все возрастающий процент населения самоидентифицируется как ВДА. И если и существует некоторое несогласие об общности этиологии ВДА, есть и свидетельства в поддержку возможности того, что многие, если не все, индивиды, выросшие в алкогольном доме, будут обладать весьма сходным хаотическим опытом, зачастую оставляющим им сходное же искаженное ощущение себя и других.

Временами может казаться, что описание алкогольного дома как дисфункционального — почти тавтология. Эти две грани неотделимы друг от друга, если мы говорим о последствиях алкоголизма. Вырасти в алкогольной семье равнозначно тому, чтобы вырасти в дисфункциональной семейной системе. Важно помнить, что семейную систему разрывает не алкоголь или его потребление, а патологическое поведение и странные эмоциональные проявления родителей-алкоголиков, которые приводят к развитию в ребенке характеристик, обычно известных как черты ВДА.

Есть множество переменных (к примеру, возраст ребенка к моменту начала родительского алкоголизма, число сиблингов в семье, какой по счету ребенок, доступность суррогатных родителей, один или оба родители алкоголики и т.д.) — которые должны быть тщательно оценены, прежде чем можно будет с точностью утверждать, что все индивиды, выросшие в алкогольных семьях, будут носителями сходных характеристик. Возможно, точнее будет сказать, что детство, проведенное в дисфункциональной алкогольной семейной системе, способствует развитию определенного типа психопатологии у большинства людей, и что, как результат этого общего психопатологического опыта, многие индивиды будут проявлять сходные личностные стили и черты.

Последние исследования, проведенные Jarman и Kazak (1990), обнаружили некоторые эмпирические свидетельства, подтверждающие предыдущие клинические впечатления о ВДА. Если использовать модель развития Блатта (Blatt, 1974), то можно обнаружить, что ВДА проявляют большую интроективную депрессию, нежели не-ВДА. В противоположность анаклитической депрессии, интроективная депрессия характеризуется более сильными чувствами вины, неполноценности, никчемности, и ощущением провала своих попыток соответствовать ожиданиям. Джарман и Казак пишут, что

«Модель развития Блатта предлагает гипотезу о том, что интроективная депрессия развивается тогда, когда ребенок интернализирует родительские образы (т.е. объектные репрезентации), являющиеся фрагментарными и амбивалентными, и когда ребенок не может разрешить противоречий между этими образами. Испытывая страх утраты родительской любви и принятия, такой ребенок может проявлять чрезмерную самокритику и чувство вины как способ поддержания эмоционального контакта со своим интернализованным родителем». (1990, стр.245).

Часто идентифицируемые характеристики ВДА

Можно лучше всего понять ВДА, если их самые распространенные характеристики рассматривать в рамках теории развития объектных отношений (Bowlby, 1980; Mahler, 1979, Wood, 1987). Наиболее распространенные характеристики, выделенные из обзоров литературы по этому вопросу, таковы:

1. ВДА являются компульсивными попечителями, чья самооценочность проявляется в потребности сохранять контроль и в стремлении брать на себя чрезмерную ответственность за других.
2. ВДА являются индивидами с преобладанием чувства стыда. Они доходят до крайности в стремлении выглядеть хорошими, вести себя правильно и избегать привлекать к себе внимание.
3. ВДА недостает стабильного чувства Я (self), и они склонны к податливости, адаптивности и хамелеонству в своих отношениях с людьми.

Податливость в группе

Ведение группы, составленной полностью из ВДА, поставит перед ведущим ряд совершенно уникальных трудностей. Прежде всего, среди них будет склонность ВДА чувствовать, действовать и вести себя так, как, согласно их восприятию, хочет ведущий. Поскольку им пришлось развить в себе гипербдительность для определения степени трезвости и настроения родителя-алкоголика, то они становятся чрезвычайно искушенными в восприятии тончайших намеков от окружающих и в использовании их в качестве предписаний для своего поведения, действий и утверждений. Наряду с их податливостью, адаптивностью и хамелеонскими качествами, присутствует и глубокий страх и стыд при мысли о том, чтобы проявить свои чувства. Целая жизнь, прошедшая в обучении тому, как свои чувства скрывать, как вести себя соответственно и как контролировать свои действия, поставит ведущего перед очень вежливой, зависимой, напуганной и покладистой группой, которая будет делать все возможное, чтобы никого не задеть и не расстроить, а особенно ведущего. Осложнением этого процесса станет тенденция ВДА рассеивать любой аффект путем чрезмерного употребления ярлыков и лозунгов, которые они заучили в двенадцатишаговых программах. Ванничелли (1991) призывает ведущего помогать ВДА исследовать использование ярлыков в определении себя, прося их быть более конкретными и детальными при описании собственного поведения. Например, Ванничелли терапевту задавать следующие вопросы: «Что ты имеешь в виду, когда говоришь, что ты ВДА?», или «Когда ты описываешь это как свое типичное ВДА-поведение, можешь ли ты рассказать группе, что в точности это означает?»

Контроль в группе

Контроль — наиболее часто идентифицируемая характерная черта ВДА (Ackerman, 1979; S.Brown, 1988; Whitfield, 1987). Чермак и Браун (1982) называли контроль самым непреодолимым источником трудностей членов своих групп. Страх потерять контроль и оказаться под контролем был главным и первостепенным. Доверие к другим было затруднено, поскольку большинством членов групп ВДА виделось его как передачу контроля другим, что «заставляло их чувствовать себя более тревожными и уязвимыми». Ответственность за себя и других рассматривалась как способ сохранения контроля, а также поддержания самооценки. Подобное чрезмерное чувство ответственности вносит свой вклад в то, что Боулби (1958) описывает как «компульсивную заботливость». Такое поведение позволяет ВДА контролировать, и в то же время поддерживать некий дух межличностного контакта. У ВДА обычно большие трудности с тем, чтобы позволить себе оказаться получающей стороной, если речь идет о любой эмоциональной поддержке. Взаимно удовлетворяющие и близкие отношения столь же сложны для них, как и для алкоголиков и злоупотребляющих химическими веществами, хотя и по диаметрально противоположным причинам. Алкоголики и наркоманы обычно берут и неспособны к отдаче, тогда как ВДА — дают и не могут брать.

Стратегии лечения в группе

Большая часть лечебных стратегий, предложенных для долговременной терапии алкоголиков и аддиктов, о которых речь шла ранее в этой главе, применимы и к ВДА. Обе группы испытывают необычайные сложности в установлении удовлетворяющих близких отношений. До тех пор, пока ВДА не станут способны выполнить эту задачу, они будут уязвимы перед своей навязчивой потребностью быть ответственными и сохранять абсолютный контроль. Так же, как алкоголики и злоупотребляющие химией уязвимы перед своей навязчивой потребностью в алкоголе или наркотиках. Однако, между этими двумя группами существует важное различие. Алкоголики и наркоманы скорее будут отыгрывать и, посредством проективной идентификации, вызывать у ведущего гнев и враждебность. ВДА скорее склонны действовать вовнутрь (to act in), браня, упрекая и осуждая себя за любой недостаток или неудачу. Они используют проективную идентификацию скорее для того, чтобы вызвать у ведущего ощущение некомпетентности и провала, все время заставляя его больше стараться, прилагать все больше усилий, становиться доступнее — только для того, чтобы вновь потерпеть неудачу и почувствовать схожее разочарование в себе и своих способностях. Помогая ВДА отказаться от своей абсолютной потребности в контроле и ответственности, вы беретесь за трудную задачу, поскольку зачастую это — единственный источник идентичности и чувства собственной ценности, который когда-либо был в их жизни. Большинство ВДА испытывают мощные амбивалентные чувства в отношении власти, пожалованной им в виде роли суррогатного супруга, наперсника или замещающего родителя, когда они были детьми. Из-за все ухудшающейся дееспособности родителя-алкоголика их часто толкают на уникальный в своем роде обмен ролями, и они становятся родителями своих родителей. Это особенно верно для старших детей в семьях алкоголиков. Следовательно, отказаться от этого будет не только трудно, но и болезненно, и стыдно.

ВДА и стыд

Описание Алонсо и Рутана (1988) групповой терапии как предпочтительного способа терапии стыда требует добавления некоторых дополнительных линий при работе с этим контингентом по нескольким причинам. Прежде всего, среди них — интенсивность и глубина стыда, который обычно испытывают дети, если их родитель — алкоголик. Дети не только интернализируют свой стыд, но они чувствуют себя загрязненными и ответственными за презрение сообщества и за позор всей семьи. Как пишет Хиббард (Hibbard, 1987): «Воспитание одним или более алкоголиками создает множество возможностей быть пристыженным ими в смысле иррациональной нарциссической травматизации, и это не уникально только для алкоголизма.

Что уникально... так это глубокое чувство стыда за них, и сращение (или взаимонаправленность) этих стыдящихся Я- и объект-репрезентаций, сливающихся на разных стадиях психической структурализации» (стр.784).

Как говорит Райс (Rice, 1988): «Если исцеление чувства вины — прощение, то исцеление стыда — принятие». Однако принятие можно пережить только если (и тогда), когда чувство стыда и события, послужившие причиной его активации, или привнесшие в это свой вклад, открыты другим «при свете дня». Стыд, по определению, предполагает, что нечто должно оставаться спрятанным. Проявление, дающее возможность ощутить принятие со стороны других, становится критически важным. Иногда выдвигаются аргументы о том, что подобную задачу легче осуществить в изначально приватной обстановке индивидуальной терапии. Но, как убедительно показали Алонсо и Рутан, именно поэтому так выгодно сделать это в контексте группы. Во-первых, это снимает негласное предположение о том, что этот маленький грязный секретик никогда не должен быть разделен с другими, а будет надежно прятаться ото всех, за исключением нескольких избранных, которые «обучены понимать». Второе и, пожалуй, самое главное — группа обеспечивает ВДА возможность прочувствовать глубоко запрященные постыдные аспекты самого себя посредством идентификации с другим человеком, который делится таким же постыдным опытом, как и они. Принимая в другом то, что они не смогли бы принять в себе, они получают мост, позволяющий им пережить принятие других. Принцип, согласно которому, прежде чем человек может быть исцелен, он должен знать, что может помочь исцелению другого человека — это то, что Сирлз (Searles, 1973) определяет как «терапевтический симбиоз». Подобный опыт и осознание зачастую возможны только в групповой психотерапии. Это — душа и сердце процесса исцеления, и не только для ВДА, но и для алкоголиков и злоупотребляющих химическими веществами.

Глава 12. Характеристики ведущего

Существует большое количество переменных, влияющих на успешность групповой терапии. Среди множества воздействий, оказываемых на группу, ничто не сравнится по степени влияния и важности с такой неуловимой материей, как качества ее ведущего. Наиболее важные, неосозаемые, неспецифические воздействия, которые делают групповую терапию успешной, имеют отношение скорее к личности терапевта, нежели к тому, что он делает. Сказанное не означает того, что техники, образование и опыт не способствуют положительному результату. Любые формы успешной психотерапии (и индивидуальной, и групповой) невозможны без этих факторов, которые могут быть освоены студентом в процессе обучения. Неспецифические факторы удачной терапии включают в себя такие важные неосозаемые параметры, как заботливость, чувствительность и эмпатия. Возможно ли обучить кого-то способности находить в себе глубокий источник крайней заинтересованности и подлинного уважения к другому человеческому существу, если он не обладал этими личностными качествами до того, как приступил к интенсивному курсу обучения, чтобы стать компетентным профессионалом?

В своей книге «Искусство целителя» Эрик Касселл (Eric Cassell, 1985) поднял этот важный вопрос и призвал врача и терапевта сохранять свою роль целителя, который, по существу, является тем, кто видит пациента холистически, целостно, без выделения болезни в качестве отдельной сущности. Касселл настаивает на том, чтобы ведущий группы, терапевт и врач осознавали те воздействия, которые все формы болезни оказывают на пациента. С его точки зрения, заболевание вызывает ощущение отделенности, потерю чувства своего всеведения и возможности контроля. Эти сложности хорошо известны большинству компетентных и опытных групповых ведущих, но их зачастую трудно донести до терапевтов в процессе их обучения и тренинга. Фактически, Касселл спрашивает, возможно ли научить чувствительности. Он предлагает попытаться это сделать, несмотря на постоянно повышающиеся требования к техникам, теории и технологии.

Сегодня в лечении алкоголизма и наркомании проявляются те же самые проблемы, что и во всех областях медицинской помощи. Всё больший акцент ставится на технологичности, на методиках работы с большими группами, на многомиллионных (в долларах) объединенных цепочках госпиталей с периодически переводимым туда-сюда персоналом, бюрократической структурой и множеством специальностей — все эти факторы направлены на недопущение близких отношений между терапевтом и пациентом. Касселл, как и другие до него (например, Ялом, Полстер, Гулдинг, Орнштейн и Кохут) напоминает о важной вещи: если мы собираемся полнее извлечь пользу из этих технических новшеств и усовершенствований, нужно вернуть или оздоровить необходимую человеческую связь между пациентом и тем, кто обеспечивает ему уход и лечение.

Ценности ведущего группы

Ценности ведущего группы являются интегральной частью его (её) индивидуальности. И хотя то, что ценности и характеристики терапевта оказывают важное влияние на успех лечения, уже достаточно хорошо документировано, исследования в этой области ограничивались неаддиктивной популяцией. Короткий обзор этих исследований будет представлен позже в данной главе, несмотря на то, что этот материал не относится исключительно к групповой терапии алкоголиков и аддиктов. Большая часть этой информации может быть генерализована на все формы лечения, и, в частности, доказала свою полезность для ведущего группы аддиктивных пациентов. Характеристики терапевта даже более значимы при лечении злоупотребляющих алкоголем и наркотиками в связи с особыми обстоятельствами, связанными с двойным эффектом — самой групповой терапией и общих характеристик аддиктивного пациента. Во-первых, групповая терапия является намного более активным и построенным на взаимодействии способом лечения, чем индивидуальная. Вследствие этого, личность ведущего играет намного более значительную роль в удачном исходе лечения. Во-вторых, аддиктивный пациент нуждается в живом, воодушевляющем и активном ведущем. Прежде чем рискнуть предложить правдоподобное объяснение, почему это могло бы быть так, приведу один короткий пример из опыта автора на национальной конференции по проблеме алкоголизма с участием Ирвина Ялома и Отца Мартина, который поможет это прояснить.

В конце конференции, после того, как и Ялом и Отец Мартин представили равно превосходные, но совершенно несхожие однодневные мастерские, участники и ведущие были приглашены на «неформальный» вечер. Отец Мартин пришёл рано и вскоре после своего появления привлек довольно большую группу людей, которые сели вокруг него в «неформальный» кружок, смеясь, шутя и обмениваясь историями с очаровательным, похожим на гнома священником. Многие участники конференции были выздоравливающими алкоголиками и аддиктами (как и Отец Мартин, знаменитый своим обаянием, шармом и харизмой), и они очень стремились побыть с ним. Отец Мартин не разочаровал их, так как было очевидно, что он искренне наслаждался их компанией, и ему нравилось обмениваться анекдотами об алкоголизме, выздоровлении и духовности. Ялом прибыл пару часов спустя и тихо обошел приёмный зал, не замеченный множеством участников конференции. Наконец, он остановился и вежливо заговорил с несколькими людьми, которые интересовались его бестолковыми (obtuse), но всё же стимулирующими комментариями по поводу экзистенциальной психотерапии. Ялом был мил и учтив, но становилось очевидно, что участникам было слегка некомфортно в его присутствии. Временами он был немного неловок в социальном взаимодействии со многими из них.

Зачастую маленькие группки людей могли, указывая «в направлении Ялома», тихо говорить между собой. Это выглядело так, словно они хотели приблизиться, но отходили подальше или вовлекали друг друга в разговор, делая вид, что пытаются глубже проникнуть в идею. Было очевидно, что что-то в Яломе пугало их, и, не сознавая этого, он не делал ничего для устранения их дискомфорта. Через полчаса или около того Ялом собрался уходить. Однако, он остановился ненадолго у собрания в углу комнаты, из которого периодически слышались громкие взрывы смеха. Он изумлённо взглянул, отчасти с любопытством, на католического священника, который занимал собравшихся историями и шутками. Поколебавшись немного, он вышел из комнаты так же тихо, как и вошёл. На один миг я перехватил взгляды обоих, и их разные личностные стили поразили меня своим ярким контрастом. Я задался вопросом: который из них мог бы добиться большего эффекта в лечении алкоголиков и аддиктов? Добрый, тихий, вежливый человек и пронизательный интеллеktуал или харизматичный, обаятельный, очаровательный эльф с искрящимися глазами и заразительным остроумием? Разумеется, каждый из них в равной степени мог предложить что-то важное. Но на кого выздоравливающий алкоголик или аддикт отреагирует лучше? В конце концов, основываясь на этом опыте, было очевидно, что особенности Отца Мартина гораздо более привлекательны для алкоголиков, чем те, которыми обладал Ялом.

Различные личностные характеристики, продемонстрированные Яломом и Отцом Марином, представляют собой важную переменную в лечении аддиктивных пациентов. Во многих случаях особенности, олицетворяемые Яломом, для определённого типа пациентов будут предпочтительными. Разумеется, индивиды, которых преследуют навязчивые страхи, нуждающиеся в более инсайт-ориентированном подходе к лечению, будут испытывать трудности с терапевтом типа Отца Мартина. Достоверно подтверждён тот факт, что определённые пациенты лучше реагируют на определённый тип терапевта. То, насколько подходят друг другу терапевт и пациент, является, фактически, одним из самых существенных для удачного лечения факторов, и исследование этого феномена будет приведено позже в этой главе. Тем не менее, один терапевт не может быть всем для всех пациентов, как бы изоцрен и харизматичен он ни был. Существуют определённые характеристики терапевта, которые с большей вероятностью вызовут положительную реакцию и у алкоголика, и у аддикта. Из-за природы характерологического дефицита, который обычно наблюдается у аддиктивных пациентов, предполагается, что характеристики, которые олицетворяет собой Отец Мартин, скорее произведут позитивный эффект, нежели те, которые представляет Ялом.

Из-за того, что так много аддиктов и алкоголиков страдает от характерологического дефицита, который обычно наблюдается при нарциссическом и пограничном состоянии (см. Главу 6), они должны постоянно бороться с чувствами скуки, омертвения и пустоты, которые грозят захлестнуть их.

Один кокаиновый аддикт очень точно описывал свою потребность получать некоторое возбуждение или «толчок» в своей жизни, так как без этого он ощущал себя мёртвым или пустым:

«Вы знаете, док, как чувствуют себя ваши ноги, когда они «онемели», пробыв в одном положении слишком долго — так, что в них прекращается кровообращение? Вы внезапно встаете и чувствуете, будто ваши ноги омертвели. Вы должны потопать ими по земле и побить их кулаком, чтобы начать снова чувствовать их. Вот что такое для меня кокаин. Без него я чувствую себя мертвым, как будто у меня нет кровообращения. Кокаин даёт мне толчок, удар, который помогает мне стать живым».

Многие терапевты не до конца сознают воздействие своей личности или системы ценностей на аддиктов и алкоголиков, старающихся найти некий альтернативный стиль жизни, который позволит им заполнить пустоту или преодолеть внутреннее омертвение. Аддикты и алкоголики подозрительны к тем, кого они воспринимают как мёртвых или пустых, в то время как те пытаются заставить их принять свои ценности. Большинство главных ценностей, присущих профессионалам среднего класса (т. е. откладывание удовольствия, контроль импульсов, рациональное мышление, тяжёлая работа, ответственность, и т. д.) не являются такими же ценностями для большинства алкоголиков и аддиктов. В то время как профессиональный терапевт может смотреть на употребление алкоголя и наркотиков как на уход, аддикты и алкоголики видят свои отношения с алкоголем и наркотиками в совершенно ином свете. В отличие от профессионала, чья позиция зиждется на том, что наркотики и алкоголь — для тех, кто не может справиться с реальностью, аддикты считают, что реальность — для тех, кто не может справиться с наркотиками. Зачастую аддикты или алкоголики смотрят на многих профессионалов, как на унылых, мертвых или боязливых людей, которые не могут выносить собственного возбуждения из-за своей зажатости и безжизненности.

Аддикты и алкоголики часто придерживаются ценностей и стилей поведения, чуждых многим профессионалам, не имеющим подобных дефектов характера. Импульсивность, спонтанность, активность и возбуждение часто осуждаются профессионалами, как формы «отыгрывания», которые необходимо обуздать или модифицировать в процессе лечения. Для аддиктов и алкоголиков это компромисс, которого надо избежать любой ценой, потому что для них это — продажа своей души в обмен на состояние безжизненности, скуки и омертвения. Следовательно, терапевты имеют дело с пациентами, которые зачастую считают их унылыми и аспонтанными субъектами, которые продали свои души, чтобы «преуспеть» в мире.

Эта ситуация может еще осложниться, если терапевт придерживается позиции технической нейтральности. Нереагирующий терапевт активизирует бессознательные страхи уничтожения и небытия, связанные с примитивными идентификациями. Трансферентные искажения усиливаются, и аддикт вспоминает об унылых, безжизненных и дистантных родительских фигурах, которые пытались заставить его оправдывать свои ожидания.

Спротивление, следовательно, повышается, когда алкоголики и аддикты вынуждены взаимодействовать с терапевтом таким же образом, как им приходилось обращаться со своими не реагирующими родительскими фигурами. Вот почему им нужен сильный, возбуждающий Я-объект, способный их наполнить или стимулировать — так же, как это делают наркотики или алкоголь. Пассивный, не возбуждающий терапевт будет восприниматься ими лишь как еще один плохой объект, отказывающийся, скучный и безжизненный. Аддикты ищут того, кого они могли бы идеализировать, модель или воплощение того, кем они могли бы быть. Если межличностные отношения могут их стимулировать, и они могут отождествиться с позитивными взглядами волнующего, живого терапевта, то они будут более позитивно реагировать на лечение. Это особенно важно на начальных стадиях лечения, потому что позволяет установить рабочий альянс. Аддиктам нужен кто-то волнующий и живой, кто будет служить образцом для них в их собственных попытках борьбы с опустошенностью и апатией, грозящими их поглотить.

Мастерсон (Masterson, 1981) в своей работе о пограничных пациентах выражает сходное мнение о важности личных качеств терапевта. Динамиками терапевта, которые, как считает Мастерсон, мешают эффективной терапии, являются: пассивность, компульсивность, подчиняемость и зависимость. Пассивный терапевт противоречит потребности пациентов в активной, реальной личности, которая может помочь им увидеть разницу между реальностью и ее внутренним искаженным образом. Субмиссивному (подчиняемому) терапевту нелегко конфронттировать пациентов, что приводит последних к мысли, что терапевту все безразлично. Компульсивный терапевт с большой вероятностью отреагирует гневом на гнев или отыгрывание ввне алкоголика или аддикта, поскольку, по мнению Мастерсона, компульсивность терапевта сама является защитой против его собственного гнева и потребности контролировать. Поскольку аддикты или алкоголики, которые с готовностью соглашались бы с требованиями лечения, встречаются очень редко, то терапевта, который легко гневается или чувствует себя фрустрированным, если пациент не делает того, что он хочет, ждут большие трудности в работе с этой популяцией. Зависимый терапевт, который нуждается в одобрении пациента, рискует повторить часть проблем развития последнего. Пациентам в процессе лечения нужно достичь сепарации, индивидуации и автономии. Они не должны подвергаться осуждению, даже если не соответствуют в точности ожиданиям терапевта. Все описанные характеристики будут также мешать терапевту исполнять роль модели (внешнего объекта), которую пациент мог бы интернализировать.

Терапевт как личность

Эрв Полстер, Ирвин Ялом, Карл Витакер и многие другие теоретики пространно писали о важности терапевта как личности, способствующей достижению позитивного изменения в процессе терапии. Ялом предполагает, что к тому, что одни интерпретации срабатывают, а другие нет, приводят именно личные качества терапевта. Изменение происходит в результате интерпретаций, которые сделаны в рамках правильных отношений. Если пациенты чувствуют, что их контролируют, относятся к ним свысока или обращаются с ними, как с объектом, они не получают пользы от интерпретации. Любое толкование, даже самое красноречивое, будет бесполезным, если пациент его не услышит. Естественность, заинтересованность, принятие и эмпатия важнее всех технических соображений, поскольку именно отношения служат той плодородной почвой, в которой техники могут пустить свои корни.

Эрв и Мириам Полстер считают, что личностность (personhood) терапевта является одним из ключевых элементов, которые помогают достичь изменения в психотерапии. Самые прекрасные терапевты — возбуждающие люди. Они имеют доступ к широкому диапазону человеческих эмоций. Они могут быть нежными или жесткими, серьезными или веселыми, смелыми или уважительно деликатными. Если пациенты проводят с ними достаточно времени, то, как считает Полстер, эти черты будут видны. Их пациенты будут ощущать кого-то, кто знает, как принимать, пробуждать, терпеть и фрустрировать. В конечном итоге, они научатся уважению к тому, что это значит — быть человеческим существом, которое может встречать сюрпризы и приключения, не скрывая черт своего характера, когда они проявляются.

Карл Витакер и Том Малоун (1953) различают три типа терапевтов. Они называют их так: Не-Терапевт, Социальный Терапевт и Профессиональный Глубинный Терапевт. У каждого из них абсолютно разные функции в терапии. Витакер и Малоун детально описывают их различные роли.

1. Не-Терапевт

Включенный в эту группу будет профессиональным администратором и психиатром, чьи отношения с пациентом являются чисто деловыми. Не-терапевтический психиатр редко реагирует на ребенка в своем пациенте; он не принимает его в действительности с точки зрения его потенциальных способностей. Его неестественное исполнение своей роли мало содействует росту пациента, хотя и может внести важный вклад в его (пациента) текущее приспособление. Не-терапевт отрицает потребности пациента, не отождествляет себя с ним, разве что в самом поверхностном смысле, и никогда сам не получал адекватной терапии. Не-Терапевт имеет доступ к своей собственной фантазии, но не способен сделать эту часть своей жизни доступной другим людям. Одним из самых частых примеров этой категории является психиатр, имеющий незавершенный психотерапевтический опыт и категорически решивший держаться подальше от любых подобных альянсов (Витакер и Малоун, 1953, стр. 136).

2. Социальный Терапевт.

В противоположность Не-Терапевту, Социальный Терапевт заставляет людей вокруг себя расти и развиваться. Он принимает потребности пациента и его фантазийную жизнь. Он может идентифицироваться с пациентом и его потребностями, и может пойти с ним в символическое переживание терапевтических отношений. В процессе этого он принимает на себя его проекции, позитивно реагирует на ребёнка в другой личности и вовлекает ее в «терапию», хотя и в обычных обстоятельствах, не через ядерную фазу терапии. Удовлетворяя потребности своих пациентов, он знает свои собственные ограничения, и часто будет направлять своих пациентов, которые нуждаются в более глубокой терапии, к профессиональному терапевту (Витакер и Малоун, 1953, стр. 136).

3. Профессиональный Глубинный Терапевт

Как и социальный терапевт, Профессиональный Глубинный Терапевт сам был пациентом и разрешил большую часть своих инфантильных трансферентных потребностей. Он может отождествляться со своими пациентами в специфическом смысле: видеть в пациенте его детскую самость, сохраняя при этом критическое осознание его ограничений в терапевтическом опыте. Как профессионал, он учится отделять свою терапевтическую функцию от собственной реальной жизни. Его мотивации должны иметь отношение к его собственным усилиям по воссозданию своего телесного образа, и, таким образом, он принимает терапевтический вектор в пациенте, как специфическую динамику в терапевтическом процессе. Он может провести пациента через терапевтический опыт, конструктивно помочь ему в символических отношениях, а также с отношением к нему как к личности. Благодаря личной мотивации в профессиональных отношениях, он погружается на достаточную глубину, чтобы использовать терапевтический потенциал каждого пациента. Таким образом, будучи терпеливым со своим пациентом, он усиливает его способность стать отдельной, растущей личностью (Витакер и Малоун, 1953, стр. 136).

Качества ведущего группы

Мартин Гротъон (Martin Grotjohn, 1983) описал некоторые качества ведущего группы, которые, как он считал, необходимы для эффективного группового лечения. Ведущий является самым важным в групповой терапии из-за того, что групповая терапия в большей степени, нежели индивидуальная, основана на динамиках взаимодействия. Гротъон перечисляет шесть важных качеств ведущего группы:

1. Надёжность
2. Спонтанность и отзывчивость
3. Доверие
4. Устойчивая идентичность
5. Юмор и креативность
6. Подверженность ошибкам

Надёжность

Ведущий группы должен быть надёжным. Участникам группы требуется устойчивая родительская фигура, чьё поведение предсказуемо и понятно.

Группы необходимо начинать и заканчивать вовремя. Участники группы должны уяснить, что если ведущий не поддерживает некоторое их поведение в первый раз, то, значит, он атакует такое же или очень похожее поведение и в следующий. Только так ведущий может завоевать доверие участников. Это в первую очередь требует, чтобы терапевт доверял себе. Единственный способ добиться этого — переживать жизнь во всей ее полноте. Он должен знать страх, тревогу, смелость и зависимость. Он не должен бояться любить, и ему не стоит чуждаться гнева. Ведущие групп должны обладать способностью, которую Карл Ясперс (Carl Jaspers, 1975) называет «неограниченной коммуникацией» или быть, как говорит Эрв Полстер (1981), «знатоком контакта». Они должны также иметь способность, которую Франц Александер (Franz Alexander, 1950) называет «динамическим рассуждением» — способность видеть своих пациентов не только в ситуации здесь и сейчас, но и то, как они стали такими, какими они являются в настоящее время. Ведущие групп должны слушать «третьим ухом», как это называет Теодор Риек (Theodore Riek), если они действительно хотят понять своих пациентов (цитата по Grotjohn, 1983, стр. 294). Тем не менее, хотя ведущим следует всегда стремиться к пониманию, они все же должны быть способны скорее переносить непонимание, чем навязывать свои собственные объяснения или интерпретации. Как говорит Риек: «Лучше не понять вообще, чем понять неправильно».

Спонтанность и отзывчивость

Пока у терапевтов в индивидуальной терапии есть некоторое время подождать, подумать и поразмышлять, подобно медлительному игроку в шахматы, ведущие групп должны больше полагаться на свои спонтанные ответы на многие ситуации и интеракции в группе. Гротъон сравнивает ведущего группы с дирижёром оркестра. Он не только руководит, но и играет центральную роль в представлении. Индивидуальный терапевт похож на критика, который сидит в зале и обладает тем преимуществом, что может встать, остановить музыку, дать свой комментарий, а затем сесть обратно. Ведущий группы, с другой стороны, не только интерпретирует, но и делает нечто такое, что показывает, что и как сделано. Для этого требуется, чтобы ведущий играл двойную роль и был в группе одновременно и участником, и наблюдателем.

Доверие

Нужно, чтобы ведущие групп не только обладали способностью доверять другим, но и испытывали базовое доверие к себе самим. Это означает, что они должны иметь способность выносить тяжелые переживания и отчаяние как в себе, так и в других. Однако, как замечает Эриксон, люди не могут сами развивать базовое доверие. Ведущие должны знать, как развивать и защищать доверие в группе, так как они обнаружат, что участники станут доверять группе больше, чем терапевту. Одной из целей терапии является восстановление доверия участников к своим товарищам по группе и к себе самим. Вера в других уменьшает нарциссическую озабоченность собой и учит участников заботиться друг о друге.

Доверие не подразумевает того, что надо просто быть приятным, добрым и принимающим. Оно требует готовности идти на риск и указывать на болезненные истины и на самообман. Оно включает в себя знание о том, что нельзя помочь пациенту, но можно повлиять на него. Этот вопрос является одним из регулирующих. Терапевт калибра Гулдинга, Ормонта или Полстера знает, когда поощрять, когда конфронтировать, а когда влиять. Избежать этого невозможно. Франк (1961) соглашается с тем, что «психотерапевты должны осознавать своё влияние на пациентов. С ним ничего нельзя поделать. Вопрос состоит лишь в том, использует ли терапевт свое влияние сознательно или бессознательно» (стр. 234). Как говорит Моделл (Modell, 1955), «было бы хорошо запомнить, что в любой терапии затруднения обычно возникают вследствие невежественного обращения с важными силами» (цитата из Франка, стр. 234).

Убеждение или влияние не означает, что санкционирована манипуляция, имеющая целью удовлетворить собственные интересы и потребности терапевта. Как много лет назад писал Кант, «к человеку никогда нельзя относиться как к средству, но только как к самоцели» (цитата из Durant, 1926). Как только пациент или участник группы становится только средством для определения того, чего стоит терапевт и насколько он искушен как практик, компрометируется истинная цель взаимности и помощи. Если улучшение у пациента или тот факт, что алкоголик или аддикт прекращает употребление химических веществ, становится важным лишь как отражение способностей терапевта, лечение скомпрометировано. Как писал Бубер (1964):

«Помощь без взаимной зависимости — это самонадеянность; это попытка совершить чудо. Психотерапевт, который пытается доминировать над пациентом, подавляет рост его благодати (blessing). Как только у помощника возникает желание, в какой бы то ни было неуловимой форме, доминировать или использовать пациента как-либо по-иному, чем требует лечение его болезненного состояния, так возникает опасность фальсификации, рядом с которой кажется невинным любое шарлатанство» (стр. 395).

Это иллюстрирует не только то, как можно манипулировать верой другого, но также демонстрирует нарушение одного из канонов экзистенциальной философии. Мартин Бубер (также, как и Ялом, и любой экзистенциально-ориентированный терапевт) поддерживает цель экзистенциальной терапии — помочь пациенту в осознании своего собственного потенциала для выбора и роста — потому что она аналогична ранним доктринам Хасидизма, которые говорят об уникальности и потенциале, которыми обладает каждый человек, и за осуществление которых он несет ответственность. Настояние экзистенциального терапевта на том, чтобы пациенты принимали активное участие в лечебном процессе, а не пребывали пассивными реципиентами, с которыми необходимо что-то сделать, является не только неотъемлемой частью экзистенциализма, но также составляет сердцевину АА и их философии лечения.

Как подтвердит большинство людей, работающих с аддикциями, добиться перемен в алкоголиках и аддиктах трудно. Принуждение, манипуляция, конфронтация, интервенция и убеждение являются важными и необходимыми техниками в репертуаре терапевта, если он надеется преуспеть в работе с аддиктивными индивидами. В то время как многие консультанты, работающие с аддикцией как болезнью, знакомы с использованием этих техник, те, кто не работает в этой сфере, часто содрогаются от применения подобного подхода к лечению. Тем не менее, как отмечает Джей Хейли (Jay Haley, 1976), манипуляция является интегральной частью человеческого взаимодействия и происходит вне зависимости от того, осознает ли и идентифицирует ли ее терапевт как таковую. Хейли и другие, таким образом, предлагают открыто идентифицировать подобный подход и понимать возможности его применения, вместо того, чтобы применять те же принципы по незнанию.

Все эти аспекты лечения аддикций — принуждение, манипуляция, интервенция и конфронтация — были подробно рассмотрены в Главе 9. Теперь необходимо исследовать связь между убеждением и качествами терапевта как достойного доверия лица. Это необходимо, так как элементы убеждения играют важную роль во всех формах психотерапии.

Психотерапия, фактически, рассматривается многими как тонкая форма межличностного убеждения (Франк, 1961). Тем не менее, убеждение (или его недостаток) в психотерапевтических отношениях не всегда ясно определимо. Большинство терапевтов соглашается с тем, что на убеждение влияет множество важных факторов, среди которых личные качества терапевта обычно признаются самыми важными. Опыт, надежность (английское «credibility») не имеет аналога-существительного в русском языке. Если бы оно существовало, оно бы было образовано от словосочетания «достойный доверия»), образование, преданность, ценности и энтузиазм являются атрибутами, которые вносят вклад в способность терапевта убеждать других. Понятно, что психотерапия, концептуализированная подобным образом, поднимает важнейшие вопросы ценностей, этики и ответственности в лечебном процессе.

Пока не все соглашаются или признают присутствие убеждения в психотерапии, многие все же полагают, что убеждение является ее выдающейся чертой, вне зависимости от того, идентифицирована она или нет. Более того, есть предположение, что такие убеждающие влияния не зависят от доктринальных разногласий и могут быть усилены, если применяются в процессе групповой терапии алкоголиков или аддиктов. В руках опытного и этичного психотерапевта эти убеждающие влияния могут расширяться, и группа в этом случае может служить мощным инструментом выздоровления алкоголиков и аддиктов.

Более определенно эти вопросы необходимо исследовать в связи с замечанием о том, что обучение через действие (как в обществе Анонимных Алкоголиков) предпочтительнее, чем обучение путем обсуждения. Вот почему принцип АА «делай то, что говоришь» так эффективен. Он требует, чтобы выздоравливающий индивид «делал», а не только говорил. Членов АА, как и большинство хороших терапевтов, нельзя одурачить тем, что говорят алкоголики и аддикты. Им предлагается прийти на девяносто встреч за девяносто дней. «Приведи свое тело, и твой разум за ним последует» говорят им. В сущности, это является другой формулировкой принципа Уильяма Джеймса, предложенного им много лет назад: если вы хотите изменить свою веру, действуйте так, как будто вы верите, и вскоре вы поверите в то, что делаете.

Устойчивая идентичность

Устойчивость ведущего позволяет участникам группы признать в терапевте лидера — реальную личность, а не порождение трансферентной фантазии. Устойчивая идентичность позволит терапевту быть открытым в отношениях с группой и ее членами, так, чтобы он мог быть родителем одному, другом другому, начальником третьему. Ведущие групп будут способны становиться множеством разных людей для различных участников и, тем не менее, сохранять устойчивую идентичность во всех ролях. Время от времени они могут становиться пустым экраном, чтобы вызвать трансферентные искажения, но в то же время они будут способны оставаться достаточно реальными и человечными, чтобы развить рабочий альянс с группой и ее членами. Это требует, чтобы они были активными, но не настолько, чтобы доминировать над группой или ее отдельными участниками.

Устойчивая идентичность также поможет ведущему с его или ее собственными реакциями контрпереноса, позволяя группе в то же время использовать его для трех различных трансферентных решений:

1. Перенос на ведущего как на центральную фигуру (как в индивидуальной терапии).
2. Перенос на равных в группе, как среди сиблингов в семье.
3. Перенос на группу как целое, как на символическую мать.

Осмысливая тот способ, которым одаренные и хорошо обученные ведущие (такие как Ормонт, Рутан и Алонсо) ведут группы, важно помнить предположение Франка, что важной частью эффективности этих людей является их собственная уверенность в своих принципах работы. Исследование показало на фактическом материале, что часто дело обстоит именно так. Те терапевты, которые были сильнее всего увлечены и преданы своим способам лечения, по-видимому, внушали собственный энтузиазм своим пациентам в процессе лечения. Следовательно, принятие и уверенность в подходе терапевта к лечению требует принять некоторые из его предпосылок на веру, и для тех пациентов, которые способны на это, метод данного терапевта может оказаться весьма эффективным.

И транзактный анализ, и гештальт-теория иногда критикуются за чрезмерно упрощенное объяснение личности, которое не столь сложно (как в теории объектных отношений, психологии Я или классической психологии Фрейда) описывает запутанность ее динамик. Возможно, что транзактный анализ, гештальт или даже Анонимные Алкоголики являются эффективными способами лечения как раз благодаря своей простоте и эмоциональной вовлеченности приверженцев данных подходов. Я не хочу сказать, что вся терапия может быть объяснена лишь плацебо-эффектом, но он может быть важной частью лечебного процесса.

Например, Уоллес (Wallace, 1978b) признает, что ценностью АА как лечебной модальности является то, что она помещает поведение алкоголиков в парадигму алкоголизма, а опыт алкоголика — в некоторую когнитивную структуру. Помощь алкоголику в достижении самоидентификации в качестве алкоголика и, следовательно, обретении системы, объясняющей ее или его поведение, является основной задачей терапевта. Франк (Frank, 1961) считает этот когнитивный компонент жизненно важной частью терапии.

«Во-первых, они обеспечивают когнитивную структуру, которая позволяет пациенту назвать свои симптомы и подогнать их под причинную схему. Поскольку основные источники тревоги — это двусмысленность и страх перед неизвестным, то это, само по себе, может сильно уменьшать беспокойство пациента и увеличивать его уверенность в себе».

Ялом (1985) соглашается с этим, подчеркивая, что и катарсис, и инсайт являются необходимыми составляющими изменения. И, если Вы не получаете одного из компонентов, Ялом сомневается в том, что какое-либо изменение в таком случае сможет произойти.

По правде говоря, психотерапия пациента с этой позиции является в очень большой степени обучением тому, что Уоллес описывает как «экзотическое верование», в рамках которого истинная ценность описания того, что, собственно, произошло в жизни алкоголика (в нашем случае, алкоголизма) остается за кадром. Ялом пространно высказывается по этому спорному вопросу. Каждый из нас сохраняет те конструкты, которые важны для его выживания.

Другими словами, наши защиты имеют серьезные причины для появления, и сензитивный терапевт не должен разрушать их слишком быстро. Ялом писал о том, что ответственность имеет приоритет перед честностью. Честность ради честности — это чрезмерно ригидная позиция, которая не гарантирует терапевтического успеха. «Жизненная ложь», как описывает ее Ялом, иногда является весьма существенной для выживания, и разумен тот терапевт, который знает, когда устранять, а когда укреплять защиты.

Юмор и креативность

Зачастую лучшие терапевты — те, которые могут творчески использовать юмор. Например, и Гулдинг, и Полстер с энтузиазмом относятся к добродушному подшучиванию над собой и своими невротическими заморочками. Они демонстрируют это в своих тренинговых программах, и их мастерские также часто приправляются юмором. «Смех не затемняет сути дела — пишет Полстер, — часто он делает ее даже яснее и смазывает ход того, что по-другому превратилось бы в траурную процессию. Это — истина как для терапии, так и для обучения» (Polster и Polster, 1974, стр. 40). Творческое использование юмора также может помочь в коррекции трансферентных искажений, потому что, использованный должным образом, он приглашает группу взглянуть на своего ведущего как на целостную и реальную личность. Однако, юмор никогда не должен применяться для того, чтобы скрыть враждебность или ранить. Ведущий группы не должен сражаться с участниками за доминирование ради собственного нарциссизма, или чтобы показать свой блеск. Лучшие интервенции или интерпретации — не те, которые исходят от ведущего, а совершаемые самим пациентом или участниками группы. Лучше всего использовать юмор для поддержки честности, мужества и открытости.

Креативность может принимать различные формы. Как подчеркивает Джером Франк (1961), личная установка ведущего группы часто является одним из самых важных качеств, которые могут быть в его репертуаре. Аналогично, среди других и Бергин (Bergin, 1971) в своем исследовании представил убедительное доказательство того, что личные характеристики терапевта — это самые важные факторы эффективного лечения. Тезис Франка, что психотерапия фактически является тонкой формой убеждения, принимает дополнительное значение, когда мы смотрим на соотношение персонального магнетизма терапевта и изменений в терапии. Бетлер (Beutler, 1979b) представляет доказательства того, что ценности пациентов, их установки и убеждения изменяются в процессе психотерапии, и что в какой-то мере эти изменения связаны со степенью успешности терапии. Однако, эти ценности изменяются не случайным, а систематическим образом: успешный пациент обычно перенимает ценности своего терапевта.

Франк (1978) идентифицировал два параметра, которые вызывают у пациента ожидание помощи. Первый — это личный магнетизм целителя, который часто укрепляется его собственной верой в то, что он делает. Это совершенно очевидно в терапевтах калибра Гулдинга, Полстера, Ормонта, Рутана и Алонсо. Все они — возбуждающие люди, полные энтузиазма в отношении своего способа действия, и действительно верящие в то, что они могут помочь всем. Все они также являются харизматичными индивидами, и существует множество клинических доказательств, которые... «подтверждают гипотезу, что часть исцеляющей силы всех видов психотерапии принадлежит способности терапевта мобилизовать надежду пациента на облегчение» (Франк, 1961, стр. 62). Следовательно, часть успеха любого терапевта может быть отнесена к его или ее способности мобилизовать ожидание у пациента того, что это ему поможет. Как предполагает Франк, «Могущество терапевта основано на восприятии его пациентом как источника помощи, и оно тем больше, чем сильнее дистресс пациента». Франк отмечает также (1961):

«Другим источником веры пациента является идеология целителя или секты, которая предлагает пациенту объяснение (каким бы абсурдным они ни было), придающее смысл его болезни и процедуре лечения, и помещает целителя в позицию передатчика или контроллера впечатляющих целительных сил. В подобной ситуации он является аналогом шамана. Целитель может принять вид ученого, который обнаружил новые и мощные научные принципы исцеления, таким образом, окружая самого себя аурой того, что, будучи названо научным, вдохновляет членов современного западного общества» (стр. 60).

Следующий пример может помочь разъяснить это. В то время, когда я работал под супервизией Мери Гулдинг, я был терапевтом другого стажера на ее с Бобом программе в Маунт Мадонна. Я совершил интервенцию и проинтерпретировал динамику или паттерн, который, как я думал, демонстрировал мой «пациент». Тот быстро отверг мою версию, как неподходящую для себя. Тем не менее, когда Мери согласилась с тем, что это похоже на него, он быстро изменил свою жесткую позицию, и терапевтическая работа впоследствии возымела на него сильное воздействие, заметное в течение всего оставшегося месяца тренинга в Маунт Мадонна.

Подверженность ошибкам

От ведущих групп должны ожидать ошибок. Еще важнее то, что им должно быть позволено их делать. Они научаются тому, что, признавая ошибку, они не теряют своей позиции. Напротив, их центральная роль еще больше подтверждается человечностью их склонности ошибаться. Единственные непростительные ошибки — это злоупотребление своей позицией «старшего» по отношению к членам группы и неспособность выносить пациентов, медленно продвигающихся в лечении. Лечение алкоголиков и аддиктов — неподходящая работа для тех, кому требуется немедленный успех и впечатляющие результаты. Это — суть того, о чем открыто писала Дженет Малколм (Janet Malcolm) в своей книге «В архивах Фрейда» (1984). Малколм подчеркивает, что именно те психотерапевты, которые способны тащить в подчас унылом, медленном темпе вместе со своими пациентами, являются наиболее успешными аналитиками.

Те, у кого есть лишь блестящий, подвижный интеллект, часто не могут выносить неспособности своих пациентов двигаться в том же темпе, в каком они сами совершают открытия относительно их динамик. Такие психотерапевты могут легко ощущать фрустрацию и неудовлетворенность из-за отсутствия немедленного успеха в лечении.

Требование успеха и быстрых результатов может подтолкнуть некоторых терапевтов к избеганию осознания тех аспектов личности, которые могли бы продемонстрировать подверженность терапевта ошибкам. Существует по крайней мере несколько исследований, которые проливают свет на этот вопрос. Бетлер (1980) представляет некоторые предварительные наблюдения, показывающие, что те терапевты, которые воспринимают своих пациентов как более дисфоричных, эффективнее в достижении успешного результата лечения. Более того, те кто считает пациентов более сопротивляющимися, также добиваются большего успеха, нежели те, кто ощущает меньшее сопротивление. Оба этих фактора имеют большое значение в обучении и лечении. Возможно, что самые успешные терапевты в большей степени восприимчивы к сопротивлению и скрытой дисфории.

Хотя опытные ведущие групп (такие, как Ормонт и Гулдинги) могут разрабатывать сильно отличающиеся друг от друга модели терапии, в действительности в их подходах может быть больше сходства, нежели различий. Исследование в этой области (Франк, 1978) показывает, что тип отношений, предлагаемых терапевтами, определяется больше уровнем их опытности, нежели их теориями. Одна экспериментальная работа показала, что терапевты различных школ абсолютно согласны в вопросе о природе терапевтических отношений, и что опытные практики различных школ более согласны в этом, нежели молодые и старшие сторонники одного и того же направления. Более того, изучение записанных на пленку интервью показало, что опытные мастера различных школ создавали с пациентом более похожие отношения, нежели новички одной школы. Очевидно, практический опыт перекрывает разницу доктрин.

Как и предполагалось ранее, разногласия между Гулдингом и Ормонтом, возможно, существуют больше в теории, нежели в актуальном клиническом применении. Не так важно то, что делает каждый из них, как то, как они делают это. Все компетентные и хорошо обученные ведущие способны заставить интервенции работать, благодаря умению выбрать время и особенностям своей личности. Аналогично этому, в мистический иудейской традиции Хасидизма религиозный лидер (цадик) не был безличным вместилищем или посредником, через которого действовали высшие силы. Также не был он и великим ученым или средоточием религиозного разума (Viber, 1955a, Корр, 1971). Скорее, как цадик, он первым делом был личностью в своем собственном праве: он помогал тем, кто доверял ему, и был способен помочь им только потому, что они ему верили.

Отношения между цадиком и его учеником были решающим фактором в его попытке оказать духовную помощь, так же, как это происходит в между терапевтом и пациентом. Личность учителя занимает место доктрины. Именно он (или она) является учителем. Как сказал один ученик цадика: «Я пошел к моему цадик не для того, чтобы учиться у него Торе, а для того, чтобы смотреть, как он завязывает шнурки на ботинках». Таким же образом, есть много участников групп, которые учатся, наблюдая за тем, как группа, ее ведущий и другие участники обращаются с собственным гневом, грустью, смущением и страхом в процессе терапии.

Указания и приоритеты для ведущего группы

Рутан и Стоун (1993) предприняли важные усилия по идентификации, организации и определению приоритетов среди множества ролей и задач, с которыми сталкивается ведущий группы. В своей попытке найти смысл в хаосе, который существует, пока лидер определяет, как осуществить вмешательство, они предлагают разделить возможные выборы на две категории. Одна — это роль ведущего, а другая — его фокус. Они представляют эти опции в виде континуума (см. схему 12.1 и 12.2).

Роли ведущего

Активность против пассивности

Как предполагают Рутан и Стоун, уровень активности ведущего будет определяться множеством факторов. Стадии развития, целевая популяция, цели, теоретическая ориентация, композиция группы и даже личность ведущего — все это влияет на уровень активности последнего. Как неоднократно утверждалось в этой книге, аддикты и алкоголики плохо реагируют на пассивных и закрытых ведущих. Однако, для них также не очень хороши чрезмерно контролирующиеся ведущие, чей стиль провоцирует конкуренцию, оценку и доминирование. Активность ведущего (особенно на ранних этапах выздоровления) необходимо направить на обеспечение устойчивых границ, ограничений и структуры группы, избегая искушения помериться силой с отдельными участниками. Пассивность ведущего с легкостью ложно истолковывают как свидетельство безучастности, отчужденности и слабости — всех тех качеств, которые с наибольшей вероятностью вызовут сильные трансферентные реакции, которые будут задерживать прогресс группы.

Схема 12.1. Роли ведущего группы

- | | |
|------------------------|-----------------|
| 1. Активность..... | Пассивность |
| 2. Прозрачность..... | Непроницаемость |
| 3. Удовлетворение..... | Фрустрация |

Схема 12.2. Фокус ведущего группы

1. Прошлое.....	Здесь и Сейчас.....	Будущее
2. Группа как целое.....	Взаимодействие.....	Личность
3. В группе.....		Вне группы
4. Аффект.....		Знание
5. Процесс.....		Содержание
6. Понимание.....		Опыт

То, насколько открытым следует быть терапевту, всегда определялось вопросом, — насколько полезным это будет для пациента? Как рекомендуют Рутан и Стоун: «Обычно следует открываться лишь настолько, насколько этого требует лечебный процесс» (стр. 130). Как правило, лучше избегать открытости или прозрачности, когда подобная реакция отражает собственные внутренние потребности ведущего или давление, оказываемое на него участниками группы. Запросы участников на получение персональной информации всегда следует анализировать, чтобы понять их корни. Ведущие групп, которые работают с алкоголиками или аддиктами, вскоре поймут, что это требование выдать личную информацию всегда концентрируется на их собственной истории употребления наркотиков и алкоголя, а также на опыте аддикции в их родительской семье. Избегать ответов на эти вопросы — значит, подвергать риску терапевтический альянс. В отличие от пациентов, прибегающих к помощи в связи с психическим заболеванием, алкоголики и аддикты вряд ли будут немедленно одаривать терапевта доверием лишь по причине его образовательного уровня и профессиональной подготовки. Частично это недоверие может быть результатом влияния более опытных участников двенадцатишаговых программ, которые призывают быть осторожными с «невежественными профессионалами». Однако, за большинством вопросов будет стоять страх и потребность увериться в том, что их поймут и им помогут. С того момента, как аддикты и алкоголики всерьез отождествляются с другими участниками программы, они часто чувствуют себя непосредственно понимаемыми и принимаемыми другими аддиктами. Ведущие групп должны помнить, что именно это обычно и является причиной, по которой пациенты требуют от них информации, касающейся личной истории отношений терапевта с алкоголем и наркотиками. Если ведущие групп происходят не из семьи алкоголиков или не имеют личной истории аддикции, им не следует извиняться за это. Аддиктивные пациенты более заинтересованы в знании о том, что они будут поняты, приняты и получают помощь, нежели в узнавании неких фактов из личной жизни терапевта. Что действительно важно, так это то, чтобы терапевт был способен говорить об этом прямо, не уклоняясь от ответа и не показывая дискомфорта, вызываемого этой темой. Такая позиция больше говорит участникам группы, нежели любая выдержка из личной истории.

Как отмечают Рутан и Стоун, вне зависимости от того, насколько жестко терапевт придерживается убеждения, что лучше не открывать личную информацию о себе — участники группы не могут не узнать многого о личных характеристиках ведущего. Хотя терапевты могут избегать раскрытия неких фактов о себе, они не могут избежать демонстрации себя как человека. Как пишут Рутан и Стоун:

«Не имеет значения, насколько сильно определенный терапевт пытается удерживаться вблизи «непроницаемого» полюса этого континуума, со временем участники многое узнают о нем. Будучи активно вовлеченным участником группы (хотя и в роли, отличающейся от роли простого участника), терапевт многое открывает невербально. Пациенты учатся читать язык тела и выражения лица; они знают, когда терапевт доволен, а когда нет. Нет необходимости или пользы для группового терапевта в том, чтобы быть «чистым экраном». Группа — это место интенсивных человеческих взаимодействий, и для терапевта часто невозможно (или бесчеловечно) избегать смеха в смешные моменты или не чувствовать подступающих слез, когда в группе царит печаль. Если терапевты эмпатически настраиваются на свои группы, они не имеют иммунитета против аффектов, которые захватывают всех. Именно благодаря преданности терапевта своим задачам, благодаря интересу, заботе и вниманию, благодаря способности использовать интроспекцию, выносить аффекты и двигаться вперед в терапевтической манере участники многое узнают о своем терапевте» (стр. 130-131).

Удовлетворение против фрустрации

Степень, в которой ведущий фрустрирует или удовлетворяет группу, является одной из постоянно доминирующих тем в лечении аддикции. Алкоголики и аддикты нуждаются в определенном уровне удовлетворения в группе (и требуют его), если они собираются пережить лишение своего первичного источника вознаграждения, а именно — алкоголя и наркотиков. Поэтому самой полезной в помощи терапевту при определении, когда и как сильно необходимо вознаграждать аддиктивных пациентов, является точка зрения психологии Я. Аддикция, как ее определяет психология Я, является результатом депривации соответствующих развитию потребностей в вознаграждении. Алкоголь, наркотики, еда, секс и другие формы потенциально аддиктивного поведения являются попыткой самолечения. Аддикт и алкоголик пытаются получить снаружи то, чего они не могут обеспечить себе изнутри из-за недостатка, присущего их психической структуре. Это не значит, что терапевту следует «долюбить своих алкоголиков или аддиктов до здоровья». Это не только невозможно, но и антитерапевтично, поскольку это как раз то, что алкоголик или аддикт символически пытался сделать с помощью химических препаратов.

Скорее аддиктивным личностям нужно научиться выносить фрустрацию без немедленного вознаграждения, поскольку именно через управление допустимыми уровнями фрустрации и закладывается психическая структура. Концепция оптимальной фрустрации определяет необходимую позицию ведущего группы при работе с алкоголиками и аддиктами. Как заявляет Анна Алонсо: «Группа работает лучше всего, когда она функционирует на наивысшем переносимом уровне тревоги» (1985). Если тревоги слишком мало, группа не обеспечивает стимулирующей атмосферы, которая необходима для того, чтобы задействовать способность участников справляться и адаптироваться. Слишком сильная тревога препятствует появлению необходимого доверия, безопасности и сплоченности, которые необходимы для открытости, исследования и проявления себя. Оптимальное удовлетворение означает, что ведущий помогает группе обеспечивать участникам достаточную подпитку или эмоциональную отзывчивость, пока алкоголики или аддикты не будут способны обеспечить их себе сами, без возвращения к старым способам получения немедленного удовлетворения. Группа, состоящая из начинающих выздоравливать, будет требовать больше вознаграждения, чем группа аддиктов и алкоголиков с большим стажем выздоровления.

Функции лидера

Прошлое, настоящее и будущее

Все хорошо обученные и опытные ведущие групп хорошо знают, что концентрация на непосредственно происходящем здесь и сейчас вероятнее всего приведет к наилучшим терапевтическим результатам. Прошлое важно только в той степени, в которой оно влияет на то, что происходит в настоящем. В то время как текущие события всегда имеют приоритет в группе, они часто могут казаться смущающими и необъяснимыми, если не понимать их в контексте прошлого. Однако, исследовать прошлое в попытке обнаружить причины, которые могли довести человека до аддикции или алкоголизма, почти всегда непродуктивно. С другой стороны, может быть чрезвычайно важно понять, как прошлые ситуации или эмоциональные состояния могут привести к нынешнему употреблению алкоголя и наркотиков. Подобные методы являются решающими элементами стратегии профилактики срыва. Попытки объяснить, как события прошлого могли служить причиной начала употребления алкоголя и наркотиков, обычно бесполезны, особенно если это предприятие мотивируется явной верой и тайной надеждой, что это понимание позволит аддикту или алкоголику употреблять наркотики и алкоголь снова — что является тайным желанием любого алкоголика или аддикта.

Подобным же образом, чрезмерное сосредоточение на будущем может стать лишь другим способом ухода от того, что необходимо совершить в настоящем. Чрезмерный акцент на завтра может быть смертелен для аддикта или алкоголика, если только он не принимает форму некоторых структурированных поведенческих репетиций, имеющих целью уменьшить беспокойство и минимизировать неожиданности. Озабоченность аддиктов и алкоголиков будущим может стать источником неуправляемой тревоги и страха. Это особенно верно для тех пациентов, которые находятся на ранних этапах выздоровления. Наркотики и алкоголь обычно являются методами контроля этих неудобных аффективных состояний. Поэтому товарищи по АА постоянно напоминают начинающим выздоравливать аддиктам и алкоголикам о том, чтобы они оставались здесь и сейчас, живя «одним днем».

Группа-как-целое, Межличностное и Индивидуальное

Мастерство и искусство ведения группы обусловлено по большей части возможностью ведущего различать то, какой из уровней вмешательства (группы-как-целого, межличностный или индивидуальный) в данный момент принесет наибольшую пользу группе и ее участникам. Обычно вмешательства исключительно на уровне группы как целого, как в Тэвистокской модели, вызывают слишком сильную регрессию и не обеспечивают достаточного удовлетворения для алкоголиков и аддиктов. Тем не менее, разумное применение вмешательства на уровне группы как целого может быть неоценимым в то время, когда личные и групповые динамики, сталкиваясь, создают тупиковую ситуацию. Хотя индивидуальные интервенции являются абсолютно необходимыми время от времени (особенно на ранних стадиях выздоровления), они не должны использоваться слишком часто, ибо это не только делает группу зависимой от ведущего, но и лишает ее самой могущественной и полезной силы — взаимопомощи. Хотя обеспечение межличностного взаимодействия должно доминировать как цель усилий ведущего группы, состоящей из аддиктов, форма, которую это должно принимать, будет зависеть от срока выздоровления и стадии развития группы. В начале межличностные обмены нуждаются в поощрении для установления атмосферы поддержки, сплоченности и взаимопонимания. Схожесть проблем участников, их обстоятельств и переживаний должна доминировать в ранних интервенциях. Позже в группе (и позже в выздоровлении) межличностные взаимодействия должны выделяться как средства раскрытия того способа, которым интернализированные объектные отношения проецируются и отыгрываются во внешнем мире, с другими людьми. Групповая терапия в настоящее время становится сердцевиной лечения патологии характера, которая, в основном, доминирует в жизни алкоголика или аддикта. Теперь нуждаются в подчеркивании различия между участниками группы (скорее, нежели их сходство), что может помочь аддиктивным личностям справиться с ригидностью и мышлением типа «черное или белое, все или ничего», которое доминирует в их отношениях.

«В группе» или «вне группы»

Если ведущий группы признает важность «здесь и сейчас» и верит, что взаимодействие между участниками является решающим, следовательно, акцент на переживаниях «в группе» будет отодвигать происходящее «вне группы». И хотя для описываемых участниками событий «вне группы» всегда необходимо искать параллели, которые могли бы отразить избегаемые «внутригрупповые» темы, нужно, чтобы к важным «внегрупповым» событиям относились с тем интересом и заботой, которых они заслуживают. Это еще более важно для группы, состоящей из выздоравливающих алкоголиков и аддиктов. Опасность срыва — «внегруппового» события — всегда является важнейшим предметом заботы, поскольку лечение прекратится, как только аддикт или алкоголик вернется к наркотикам и алкоголю. Однако (так же, как и группа неаддиктивных пациентов), алкоголики и аддикты могут использовать «внегрупповые» события для целей сопротивления и дистанцирования от эмоционально насыщенных случаев «в группе». Это особенно верно в том случае, если ведущий позволяет аддиктивным участникам ускользнуть в «военные рассказы» времен употребления алкоголя и наркотиков под тем предлогом, что пересказ этих историй будет, так или иначе, способствовать их трезвости и выздоровлению. Луис Ормонт предлагает хороший способ для определения того, когда рассказываемый внегрупповой случай является сопротивлением, а когда — подлинной попыткой передать что-то эмоционально важное группе. Ормонт рекомендует ведущему обратить внимание на то, пересказывается ли это внешнее событие в скучной отстраненной манере, или рассказ эмоционально насыщен, вызывает сильные чувства, повышая отзывчивость других участников группы. Любое событие, случившееся вне группы, может иметь огромное значение для группы, если оно живо привнесено в непосредственность данного момента.

Аффект против познания

Все опытные терапевты знают, что существует серьезная разница между когнитивным и эмоциональным пониманием. Исключительное внимание к аффекту без познания или к познанию без аффекта, как правило, неэффективно. Квалифицированный практик знает, как их уравновесить и как различить, каким пациентам требуется на определенном этапе лечения больше одного и меньше другого. Оценка того, сколько аффекта нужно этому человеку в это время, требует особого рассмотрения, когда речь идет о работе с алкоголиками или аддиктами. Зачастую слишком много аффекта слишком рано — это прямой путь к рецидиву. Тем не менее, существует множество исключений из этого правила. Иногда недостаточное высвобождение скрытых эмоций тоже очень легко приводит к срыву. Определить, кому из алкоголиков и аддиктов необходимо сдерживать свои эмоции, а кому их нужно выпускать, не всегда легко. Аффект какой силы является слишком сильным для этой личности в этот определенный момент выздоровления — это вопрос, требующий внимательного рассмотрения.

Клинический опыт и недавнее исследование предполагают, что катарсис особенно важен для некоторых аддиктов и алкоголиков на ранних этапах выздоровления. Условия стационара гарантируют, что его ограничения и режим предотвратят легкий доступ к наркотику выбора. Важно ощущать разницу между поддержкой регрессии во имя самой регрессии и созданием безопасного терапевтического окружения, которое позволит и вызовет естественное высвобождение заблокированных эмоций. В психотерапии, как и в хирургии, лучше избегать ненужных инвазивных процедур, если доступны методы менее травматичного, но эффективного лечения.

Процесс против содержания

Обычно участники группы имеют сильную склонность реагировать на содержание коммуникации. Комментарий по процессу обычно принадлежит к сфере деятельности и ответственности ведущего группы. В то время как процесс может быть и внутриличностным (то есть, собственным свободным ассоциированием), групповой процесс в основном отражает свободный обмен, который с необходимостью происходит между членами группы. Чтобы группе был доступен весь спектр чувств, все участники должны чувствовать себя свободными реагировать открыто и спонтанно, что бы ни пришло им в голову. Хотя это сложно для всех людей, особенную трудность это составляет для алкоголиков и аддиктов. Они не очень хорошо справляются с межличностными конфликтами или различиями. Обремененные своим собственным подавляющим чувством стыда и чрезвычайно уязвимые к нарциссическим травмам, они пойдут на все, дабы избежать возбуждения подобных чувств в других людях. Следовательно, их интеракции обычно поверхностны, высоко структурированы и становятся избегающими или воинственными, если аддикты вынуждены иметь дело с возможной эмоциональной угрозой. Используя влияние АА (а порой злоупотребляя им) и других двенадцатишаговых программ, они будут удерживать свое общение на поверхностном, контролируемом и чрезвычайно поддерживающем уровне во всех областях, не касающихся употребления химических веществ. Это единственная территория, где им была предоставлена полная свобода говорить о своих чувствах настолько открыто и честно, насколько они могут. АА и традиция двенадцати шагов не поощряют «перекрестный разговор» на своих встречах. Содержание, таким образом, является первичным фокусом двенадцатишаговых встреч, и этот исключительный фокус обычно вызывает соответствующие реакции, преимущественно принимающие форму советов. Это почти полностью противоположно тому, что ожидается от пациентов в психотерапевтической группе. Следовательно, ведущему придется направить много энергии на обучение участников своих групп тому, как они могут использовать группу самым эффективным образом. Различение между тем, что полезно в АА и что требуется в группе, поможет участникам увидеть, что каждый формат может предложить что-то ценное, и что ни один из них не следует принижать или обесценивать.

Понимание против переживания

Рутан и Стоун (1993) подчеркивают, что, хотя инсайт и понимание жизненно важны во всех формах лечения, обычно их самих по себе недостаточно для реального изменения личности. Возможность переживать жизнь и других людей другим (и более удовлетворительным) способом является основой любого эффективного процесса изменения или исцеления. Так же, как АА и другие двенадцатишаговые программы, группа может дать своим участникам уникальный обучающий опыт. Понятие сплоченности группы, принадлежащее Ялому, отражает потенциальную пользу от принадлежности к здоровой поддерживающей среде, в которой основным эмоциональным переживанием является опыт принятия, эмпатии, поддержки, заботы, предсказуемости и честности. Для любого человека (аддикта или не-аддикта) невозможно пережить такой опыт и не быть глубоко измененным им. И хотя существуют некоторые разногласия по поводу определения и полезности коррективного эмоционального опыта, теперь признается, что он включает в себя нечто большее, чем просто «долголюбивание человека до здоровья»: предоставление ему (или ей) подлинного, реального опыта заботы со стороны аутентичной, реальной заботящейся личности. Лучше было бы называть отношения, которые выстраиваются в хорошо функционирующей группе, коррективными эмоциональными отношениями.

Алкоголики и аддикты (возможно, более, чем неаддиктивные личности) испытывают крайние сложности в установлении взаимно удовлетворяющих взаимоотношений. Способность их устанавливать требует скорее возможности научиться на опыте, нежели получения формулы, объясняющей, как это делать. Рутан и Стоун подытоживают это, когда пишут:

«Группы обеспечивают уникальные терапевтические возможности для того, чтобы достичь как понимания (эмоциональный и когнитивный инсайт), так и коррективного эмоционального опыта; они обеспечивают возможности для построения новых психических структур (на основе лучших, более аутентичных и питающих отношений), а также для проб и отработки новых образцов поведения. Ведущим групп не нужно выбирать один из краев этого континуума; им следует удостовериться в том, что задействованы оба его конца, и что пациенты получают как информацию, так и переживания» (1993, стр. 141).

Исследования результатов терапии

В то время как многие качества терапевтов, описанные Гротьоном и другими, безусловно, восхитительны, наука говорит нам, что вещи не всегда таковы, какими они кажутся. Исследование продемонстрировало, что, в то время как многие врожденные характеристики, описанные опытными клиницистами (такими как Витакер, Полстер и другие) действительно играют очень значительную роль в удачном лечении, взаимодействие между характеристиками терапевта и успехом лечения является тонким и деликатным. Тем не менее, прежде чем читатель составит для себя впечатление, что обладание описанными врожденными характеристиками — это все, что требуется для удачного лечения, важно понять, что именно исследование обнаружило касательно данного фактора. Струпп и Хэдли (Strupp & Hadley, 1979) заключили, что, в то время как неспецифические факторы (характеристики терапевта) были решающими в установлении первоначального альянса с пациентом, их было недостаточно для позитивного исхода лечения, если оно длилось дольше двух или трех встреч. После начальной встречи специфические факторы (такие как техника, тренинг и опыт) играли в лечении уже более значительную роль. Струпп и Хэдли обнаружили, что люди, которые не являлись профессиональными терапевтами, но обладали такими важными качествами, как способность проявлять заботу и тепло, могли принести немедленное облегчение многим пациентам в процессе первых нескольких сессий, если могли продемонстрировать свою способность понимать пациента и сопереживать ему. Однако, после установления отношений, когда от непрофессиональных терапевтов потребовались более специфические вмешательства, они терялись в том, как и на что реагировать. Именно здесь требуются специальный тренинг и навыки профессионального терапевта, чтобы помочь пациенту выйти за пределы нынешнего состояния.

В одном из наиболее доскональных и полных обзоров всех исследований результатов лечения Бергин (Bergin, 1971) согласился с этой позицией, заключив, что удачная психотерапия определяется в большей степени характеристиками терапевта. Он обнаружил, что тремя самыми основными факторами, способствующими успешному лечению, являются (в порядке убывания степени важности):

1. Характеристики пациента.
2. Характеристики терапевта.
3. Техника терапевта или его теоретическая ориентация.

Открытия Бергина предполагают, что два из трех самых важных для результата фактора находятся вне контроля университетов и тренинговых организаций, а также за пределами возможностей обучения. Словами Касселла, приведенным ранее в этой главе, «Возможно ли научить чувствительности?» Разумеется, способность проявлять заботу представляет собой важнейшую переменную в успешном лечении, но оказалось, что это что-то, что терапевты приносят с собой в терапевтическую ситуацию. Тем не менее, как предположили Витакер и Малоун (1953), терапевты могут быть гораздо более эффективны, если у них самих был успешный терапевтический опыт. Это — хороший аргумент в пользу того, что терапевтам в процессе тренинга следует самим пройти личную терапию прежде, чем они займутся пациентами. Разумеется, это справедливо и для групповых терапевтов. Им будет важно получить хороший опыт групповой терапии прежде, чем они сами смогут рассчитывать на то, что станут хорошими групповыми ведущими.

Открытия Бертина также подчеркивают важность вклада пациента в успех терапии. То, что многие пациенты не подходят для психотерапии — это факт. Они или слишком нарушены, или слишком сопротивляются для того, чтобы получить пользу от лечения. Особенности характеристик таких пациентов будут рассмотрены далее в этой главе.

Психотерапевтическая модернизация

В последние годы исследования, касающиеся психотерапевтического процесса и результата, сильно усложнились и дали интересные клинически релевантные открытия. Подъем в исследовании результатов лечения был, по большей части, стимулирован более ранними утверждениями о том, что психотерапия не полезнее, чем отсутствие лечения (Eysenck, 1952). Усовершенствованные методы обзора и изучение огромного количества литературы на эту тему продемонстрировали, что большая часть ранней исследовательской методологии имела серьезные изъяны. Самым главным заключением этого большого обзора было то, что психотерапия работает. Средний результат леченного пациента оказался на уровне 80-го перцентиля пациентов контрольной группы.

Специфические эффекты

Другим результатом этого обзора стало выявление невозможности продемонстрировать то, что одна терапия чем-нибудь лучше других. Одним из объяснений такого результата может быть то, что разные психотерапии, какими бы различными ни казались их специфические техники, в действительности эффективны благодаря своим общим, неспецифическим ингредиентам: таким, как ритуал исцеления, вселение надежды, устранение деморализации, установление помогающих отношений и усиление ощущения понимания и контроля над имеющейся ситуацией (Франк, 1961).

Качество терапевтического альянса, даже когда оно измерялось на начальном этапе лечения, оказалось лучшим и наиболее последовательным предвестником результата. Выяснилось, что хорошие терапевтические отношения между пациентом и терапевтом более важны при предсказании изменения, чем факторы, которые характеризуют только пациента или только терапевта. Более того, оказывается, что пациент обладает большим могуществом, чем терапевт, в определении природы терапевтического альянса. Тем не менее, существует и доказательство того, что часть успеха во всех формах психотерапии может быть приписана способности терапевта мобилизовать у пациента ожидание помощи. Франк (1961) определенно предполагает, что для всех форм терапии вера пациента в лечение очень способствует эффективности последнего, и этот фактор следует специально использовать.

Мобилизация веры пациента в лечение и его ожидание помощи — это решающий фактор в работе с алкоголиками и аддиктами. Подходы к лечению (такие, как АА), которые поощряют, занимают и обещают облегчение, могут лучше подходить этим пациентам, потому что они мобилизуют их ожидания на получение помощи. Пассивные и не подразумевающие проявления отзывчивости подходы к лечению, полагающиеся на собственные источники мотивации алкоголика или аддикта, часто не дают результатов из-за того, что не используют этого решающего фактора.

Франк определяет два важных источника, которые пробуждают ожидание помощи у пациента. Первым является личный магнетизм целителя, который часто усиливается верой последнего в то, что он или она делает. Другим источником веры пациента является идеология целителя или его секты, которая предлагает пациенту обоснование (каким бы абсурдным они ни было), придающее смысл его болезни и лечебной процедуре. Любой, кто регулярно посещал встречи АА, знает, что каждая из этих сил активно используется в данной программе.

Франк смотрит на любую процедуру, которая ставит целителя в позицию передатчика или контролера впечатляющих целительных сил, как на способ усиления веры пациентов в процесс лечения. Определена ли эта позиция как «выздоровливающий алкоголик, полный энтузиазма, счастливый и трезвый уже многие годы», или как «профессиональный психотерапевт» — для Франка это не имеет значения. Целители в нашем современном обществе, как правило, поддерживают свои претензии тщательно разработанными и научно звучащими теориями и диагностическими ярлыками.

Позже Франк определяет, что, поскольку успех психотерапии, кажется, не связан с каким-то особым ее типом, и облегчение дискомфорта было одинаковым независимо от используемых типов лечения, то облегчение страданий пациентов может быть больше связано со способностью терапевта мобилизовать доверие, надежду и веру пациента в лечебный процесс.

Характеристики пациентов и их вклад в успех терапии

В соответствии со множеством исследовательских доказательств, собранных в течение длительного времени, самым мощным средством достижения значительного терапевтического изменения являются эмоционально заряженные межличностные отношения. Эти отношения не обязательно нуждаются в участии профессионального терапевта, но необходимо, чтобы они были эмоционально наполненными и строились с реальной личностью. Эффективность этих отношений в достижении желаемого терапевтического изменения определяется, по большей части, личностью терапевта и его (или ее) мастерством в управлении межличностными отношениями, особенно с теми индивидами, которые длительное время испытывали сложности в этой области. Некоторые пациенты (такие, как тяжело психотические индивиды) не могут перенести близости реальных межличностных отношений.

Другие (с серьезными умственными задержками, с мозговыми повреждениями, отравлениями, или страдающие от тяжелого расстройства характера) неспособны к формированию настоящего рабочего альянса с терапевтом. То, что пациенты приносят в психотерапию, или, по крайней мере, то, что относится к их межличностным навыкам, и определяет в большой степени потенциальный успех терапевтической встречи. Чем больше у пациента есть того, что он может предложить со своей стороны в терапевтической ситуации, и чем менее серьезны его трудности, тем более вероятно, что лечение будет успешным. И наоборот, чем более серьезны расстройства пациентов, тем меньше шансов на то, что они получат пользу от лечения — вне зависимости от того, насколько изоцирен и насколько «вместе» с ними будет терапевт.

Начальная фаза лечения

Готовность пациентов войти в процесс лечения определяется множеством важных факторов, среди которых самое большое влияние оказывает уровень переживаемого страдания. Эффективность начальных этапов лечения повышается благодаря способности терапевта мобилизовать у пациента ожидание помощи, что в большой степени определяется способностью пациента ожидать позитивного результата лечения. Это требует от пациента того, чтобы он мог принимать символы излечения и реагировать на них. Хорошо отзывающиеся на психотерапию ожидают, что лечение поможет им, лучше интегрированы в социум и менее недоверчивы, чем те, кто слабо отвечает на нее. Способность личности благоприятно реагировать является знаком скорее не чрезмерной доверчивости, а легкости принятия других в их социально определенных ролях. Тем не менее, чем более внушаем пациент и чем большее страдание он испытывает, тем вероятнее, что он останется в лечении.

Существует множество важных факторов, которые усиливают готовность пациента воспринять терапевта в качестве источника помощи. Разумеется, способность терапевта вызывать уверенность пациентов в том, что он является заслуживающим доверия психотерапевтом или целителем, совершенно необходима. Следует понять, тем не менее, что не существует точного соответствия между теми подразумеваемыми свойствами, которые определены самим терапевтом, внешним наблюдателем или пациентом, которого терапевт пользует. Самая непосредственная связь, как оказалось, существуют между терапевтическим результатом и качествами терапевта, если оценивать их скорее с точки зрения восприятия терапевта пациентом, нежели восприятия терапевтом себя или оценки внешних наблюдателей.

Готовность пациентов продолжать лечение, в свою очередь, зависит в большой степени от того, насколько пациенту лично нравится терапевт. Также было обнаружено, что, если пациент воспринимает терапевта, как заслуживающее доверия лицо, то существует больше шансов, что он или она будет считать терапевта более привлекательным. Понятия доверия и привлекательности не являются взаимно исключаящими. Исследование продемонстрировало, что тот, кто воспринимается как эксперт и вызывает доверие, оказывает большее влияние на установки и изменение поведения. Следовательно, пациенты лучше принимают объяснения или интерпретации, которые конфликтуют с их собственным восприятием мира и системами убеждений, когда эти интерпретации и объяснения представляются терапевтами, которых эти пациенты считают привлекательными и достойными доверия. Принятие советов, таким образом, зависит от оценки пациентом компетентности, мастерства, основательности и доскональности терапевта, а также от его привлекательности. Так же, как способность заслуживать доверие и привлекательность целиком зависит от межличностной схожести и совместимости.

Восприятие пациентами терапевта как привлекательной личности облегчает начальное развитие восприятия, которое затем приведет к позитивным результатам. На ранних этапах терапии притягательность является более важной, чем способность вызывать доверие, так как она позволяет пациентам оставаться в лечении достаточно долго, чтобы развить терапевтический альянс, необходимый для реального изменения. Способность вызывать доверие, которая обычно включает такие качества, как вера, компетентность и способность что-то делать, является более тонкой особенностью терапевта и больше влияет на то, что пациент получит в процессе терапии.

Терапевтический процесс: вклады терапевта и пациента

Вклад терапевта

Терапевты должны обладать способностью к эмпатии. Они должны быть способны переживать то, что переживает другая личность, без потери себя или превращения в другого человека. Однако, как говорит Орнштейн (Ornstein, 1981), это эмпатическое понимание бесполезно, если терапевты не способны сообщать пациентам о том, что они понимают. Терапевты, которые лишь сидят со своими эмпатическим пониманием, приносят мало пользы своим пациентам, если они не способны донести свое понимание до них — обратно.

Терапевты должны также уметь слушать то, что говорят пациенты. И, что еще важнее, они должны также быть способны слушать то, о чем пациенты не говорят и что оставляют за рамками обсуждения. Это требует слушания третьим ухом. Слушание — не пассивный процесс. Это живая деятельность, необходимая для того, чтобы терапевты могли сделать понятным (для себя и для пациентов) то, что переживают пациенты. Это, в свою очередь, помогает последним придать смысл своему собственному опыту. Вот где теория играет важную роль в лечении. Чем больше звучит теория, тем больше пациент получит когнитивно. Твердая основа понимания помогает ему полнее владеть ситуацией.

Терапевтам необходима также неосуждающая установка. Они должны слушать без осуждения. Фрейд называл это нейтральностью. Однако, многих терапевтов смущает нейтральность, понимаемая как безответная позиция «чистого экрана» в терапии. Несмотря на предупреждение Фрейда, терапевты будут более эффективными, если осознают, что невозможно не формировать суждений о своих пациентах. Терапевты формируют устойчивые воззрения на то, что пациент должен сказать. Но они не должны докладывать свои мнения или суждения пациентам, если они (мнения) не касаются употребления алкоголя или наркотиков. Хотя утверждение, что терапевтам не следует применять свои стандарты к пациентам, является терапевтической максимой, эта позиция может быть деструктивной для алкоголика или аддикта. В большинстве случаев будет лучше всего, если пациенты откроют свою собственную систему ценностей. Однако, из-за своих общих характерологических дефицитов и когнитивных повреждений алкоголика и аддикты могут требовать привнесенной системы ценностей (такой, как АА) до того момента, как пройдет достаточно времени для того, чтобы их когнитивное функционирование восстановилось настолько, чтобы они сами могли мыслить ясно и рационально.

Терапевтам также следует избегать провокативного поведения, когда их пациенты враждебны. Для терапевта важно настраиваться на собственные чувства и использовать контрперенос как барометр, помогающий лучше понять пациентов. Если это понимание ведет к просчитанной конфронтации с алкоголиком или аддиктом, остается меньше шансов на то, что она будет вызвана собственным бессознательным гневом терапевта.

Вклад пациента

Существует три основных вклада пациента, которые необходимо определить в лечении.

1. Пациенты обычно приходят в лечение с тревогой, сомнениями и страхами. Эти чувства зачастую не выражаются. Если пациенты предстали перед специалистом по решению суда, это также будет встречено с гневом и враждебностью. Такие чувства должны быть выражены в начале лечения, в противном случае терапевт потеряет пациента. Вытесненные чувства повышают вероятность того, что они будут отыгрываться вовне. Проговаривание, с другой стороны, уменьшает их интенсивность.
2. Пациенты находятся на том уровне психологического развития, который является результатом их предыдущего опыта. Чем более мучительным был опыт раннего детства, тем больше трудностей испытывает пациент в настоящее время. Чем больше трудностей у пациентов, тем более нарушенными они будут, и тем сложнее им будет понимать терапевта и строить отношения с ним. Более нарушенные пациенты будут неспособны понять или иметь дело с пассивностью или интерпретациями. Они будут требовать от терапевта поддержки, успокоения и утешения.
3. Каждый пациент обращается к лечению с определенными ожиданиями. Многие приходят с тем, что обычно называется «фантазией об излечении». Они надеются на то, что терапевт каким-либо образом магически избавит их от дискомфорта и болезней. Многие настроены на «тарелочку с голубой каемочкой». На бессознательном уровне они все еще цепляются за магическое мышление, как маленькие дети верят в то, что, если мама поцелует их в больное место, то боль немедленно исчезнет. Таким людям их родители часто видятся как нереально всемогущие фигуры. Если, например, дети ударяются обо что-то, они часто обвиняют в этом мать. Если они будут смотреть на терапевта так же, как на свою мать, то будут верить (на каком-то уровне), что терапевт будет настолько всесилен, что сможет вылечить их волшебным образом.

У алкоголиков и аддиктов, страдающих от более серьезных характерологических дефицитов (например, пограничных пациентов) терапевт может ожидать легкости провокации гнева и ярости. Из-за того, что пациенты часто считают терапевта магически всемогущим, они будут ожидать, что он освободит их от боли и страдания. Если терапевт не делает этого, они считают, что он обладает силой, но придерживает ее, отказывая им. Их гнев, в каком-то смысле, говорит: «Почему ты не сделаешь так, чтобы я чувствовал себя лучше? Если бы тебе было не безразлично, ты бы дал мне что-то, чтобы я не чувствовал себя так плохо. Так как ты не убираешь мою боль, — я, должно быть, тебе не нравлюсь. Так как я сделал все, о чем ты меня просил, и все еще страдаю, то ты, должно быть, безразличен ко мне и вообще ужасен, потому что ты лечил меня так плохо».

Какой бы искаженной и нереалистичной ни была фантазия об излечении, с ней не следует расправляться слишком быстро. Часто эта надежда может быть самым выдающимся мотивирующим фактором для продолжительного вклада индивида в лечение, абстиненцию и выздоровление. Эта ситуация была драматически проиллюстрирована недавно начавшим выздоравливать алкоголиком, который воздерживался уже чуть больше года и решил поучаствовать в национальной конференции по лечению алкоголизма. Известный, признанный всей страной эксперт по лечению алкоголизма, имевший также около пятнадцати лет воздержания благодаря АА, открыто утверждал, что у АА нет магических ответов на все вопросы. Далее он добавил, что, если человек прекратит пить, это не избавит его ото всех проблем. Абстиненция была первым шагом на длинном и сложном пути выздоровления. Услышав такое, недавно начавший выздоравливать алкоголик сообщил другим участникам группы на следующей неделе, что «это напугало меня до смерти. Если бы я услышал это на неделю раньше, я не думаю, что вообще смог бы это выдержать. Слава Богу, эта информация не попала ко мне раньше».

Фантазия об излечении и ее подходящее использование может оказать важное влияние на выздоровление, как показывает нижеследующий отрывок:

Анжи, тридцатидвухлетняя художница и фотограф, обратилась к лечению потому, что была несчастна в браке. Ее муж отказывался реагировать на ее просьбы о посещении семейного терапевта, и давно использовал физическое насилие по отношению к ней, когда бывал пьян. После нескольких недель терапии стало очевидным, что она, так же, как и ее муж, была алкоголичкой. Она сразу же согласилась с предложением терапевта бросить пить и присоединиться к АА. После приблизительно года индивидуальной терапии и регулярного посещения АА она развелась со своим мужем и, в конце концов, под влиянием терапевта удачно вошла в психотерапевтическую группу. Через шесть месяцев в терапевтической группе, в момент крайней фрустрации, она кричала на участников и ведущего группы: «Смотрите, я сделала все, что вы мне сказали, а все продолжается по-прежнему. Я все еще злюсь, и люди продолжают обижать меня!» Несколько последующих сессий, следовавших за этим взрывом, были отмечены тем, что она делилась глубокими чувствами грусти и боли, сопровождающими ее борьбу с осознанием того, что ее дела даже и не собираются становиться безупречными. Это была та позиция, которую она заняла в раннем детстве. Ее родители, которые очень критично к ней относились, требовали, чтобы она жила согласно их ожиданиям и показывали ей свою любовь или одобрение только тогда, когда она делала что-то безупречно. После более чем двух месяцев борьбы с этим осознанием она, наконец, однажды вечером заявила группе и ведущему: «Я понимаю, что, даже если вещи не безупречны, они намного лучше, чем я представляла, что они когда-либо будут. Я догадываюсь, что я чем-то похожа на эти реальные вещи. Но, если бы я знала, когда я начинала терапию, что будет так трудно, я не думаю, что у меня хватило бы смелости пройти через всю эту боль. Пару месяцев назад я думала, что я вернусь к своим старым путям обращения со всем, но я поняла, что это больше не сработает в моем случае. Я думаю, вот почему я так разозлилась. Мне не нравилось то, где я была тогда, и я не могла вернуться туда, где я была до этого. Я чувствовала себя загнанной в угол и обманутой вами. Теперь я осознаю, что здесь на самом деле не так уж и плохо».

Исследование групповой психотерапии

Наиболее обширное контролируемое исследование эффективности групповой психотерапии было частично проведено Яломом (Lieberman, Yalom и Miles, 1973). Проект исследования был комплексным и, как замечает Ялом, дорогостоящим. Полное описание проекта не будет приводиться здесь. Тем не менее, основная цель исследования — изучение влияния техники ведущего на результат лечения. Восемнадцать опытных и знающих ведущих групп из десяти различных по идеологии школ (гештальт, психодрама, ТА, психодинамика и т.д.) были набраны, чтобы вести группу, которая продолжалась тридцать часов в течение двенадцати недель. Обширный набор психологических и личностных измерений был применен к каждому участнику каждой группы трижды: до начала первой группы, сразу после окончания двенадцатой групповой сессии и шесть месяцев спустя после окончания групп.

Ялом обнаружил некоторые беспокоящие результаты. Две трети всех субъектов, которые принимали участие в исследовании, как было выяснено, не считали это вознаграждающим опытом. Фактически, некоторым стало хуже в результате лечения, и они были признаны Яломом потерями. Потерей считался тот, кто, в результате группового опыта, страдает от сильного и постоянного психологического дистресса. Как только несколько типов групп были изучены, обнаружилось, что ключевой причинный фактор потерь был не в типе группы, а скорее в индивидуальном, личном стиле ведущего. Ведущие с самым высоким уровнем потерь были описаны Яломом как «агрессивные стимуляторы». Они были навязчивыми, конфронтующими и вызывающими. Они также открывали многое о себе и, как ни удивительно, были оценены большинством участников как самые харизматичные. В группах, имеющих низкий процент потерь, ведущих описывали как «любящих» и создающих «принимающий, доверительный климат».

Ялом позже обнаружил, что, если он анализировал исследовательские данные по каждой группе независимо от других, ему представлялось равно интересное заключение. В некоторых группах почти каждый участник подвергался какому-либо позитивному изменению без потерь среди них. В других группах были случаи, когда ни один участник не извлек пользы из лечения. Или все признавались потерями, или все, к счастью, остались при своих. Кроме того, было обнаружено, что стиль ведения был самым важным фактором, содействующим успешному лечению. Фактически, группы, уровень успеха у которых был самым высоким, имели ведущего, который принадлежал к той же идеологической школе, что и терапевт, успех в группах которого был значительно ниже и у которого было наибольшее число потерь. Идеологическая школа, к которой принадлежал ведущий группы, в действительности имела мало отношения к уровню успешности любой из терапевтических групп в этом исследовании. Ялом, пытаясь ответить на вопрос, что предопределяет успешную групповую терапию, пишет:

«Следующим очевидным вопросом — и одним из самых уместных в психотерапии — является: какой тип ведущего имел лучшие, а какой худшие результаты? Ведущий Т-группы, гештальтист, транзактный аналитик, психодраматист, и так далее? Однако, вскоре мы поняли, что вопрос, поставленный в этой форме, был бессмысленным. Поведение ведущих, когда оно тщательно оценивалось наблюдателями, варьировало в широких пределах и не соответствовало нашим предгрупповым ожиданиям. Идеологическая школа, к которой принадлежал ведущий, немного говорила нам о его актуальном поведении. Мы обнаружили, что поведение ведущего одной школы — например, транзактного анализа — походило на поведение другого ведущего из ТА не более, чем кого-либо из остальных семнадцати ведущих».

Другими словами, поведение лидера не является предсказуемым в зависимости от членства в определенной идеологической школе. Эффективность группы была, по большей части, функцией поведения ее ведущего» (1985, стр. 501).

Открытие Яломом недостатка соответствия между тем, что ведущие говорят о том, что они делают, и тем, что они делают на самом деле, было прояснено в замечании Боба Гулдинга о Фрице Перлзе. Работая и участь с Перлзом в течение многих лет, Гулдинг признался, что то, что Перлз писал о психотерапии, часто очень отличалось от того, как он на самом деле проводил психотерапию. Разумеется, открытия Ялома поддержали личные наблюдения Гулдинга, признанного эксперта в групповой терапии. Это наблюдение стало еще более релевантным благодаря тому факту, что Роберт Гулдинг был одним из восемнадцати ведущих групп, которые участвовали в исследованиях Либермана, Ялома и Майлза. Также Гулдинг оказался тем ведущим, у которого в группах были самые поправившиеся участники без потерь и, следовательно, он был признан в этом исследовании самым эффективным терапевтом.

Ялом и его соавторы попытались определить точно, что такое было в Роберте Гулдинге и других успешных ведущих, что оказывало позитивное влияние на удачный результат. Ялом (1995) произвел факторный анализ большого количества переменных лидерства и распределил их в соответствии с четырьмя основными функциями.

1. **Забота** (Предложение поддержки, привязанности, похвалы, защиты, теплоты, принятие, заинтересованность, искренность).
2. **Смысловая атрибуция** (объяснение, интерпретация, прояснение, обеспечение когнитивной структуры для изменения; перевод чувств и переживаний в идеи).
3. **Исполнительная функция** (установление ограничений, правил, норм, целей; управление временем; остановки, установление темпа, заступничество, внушение).
4. **Эмоциональная стимуляция** (Вызов, конфронтационная активность, навязчивое моделирование посредством личного принятия риска и высокого уровня самораскрытия).

Эти четыре лидерских функции, как оказалось, имели прямое отношение к удачному результату лечения (схема 12.3). Как показывает схема 12.3, существовало прямое линейное отношение между заботой, смысловой атрибуцией и успешным лечением. Другими словами, ведущие группы не могут проявлять слишком много заботы об участниках группы, и они не могут придать слишком много смысла их замешательству и страданию. С другой стороны, ведущие групп, которые создают слишком много или слишком мало эмоциональной стимуляции и выполняют слишком много или слишком мало исполнительных функций, повышают вероятность неудачи группы. В любом из вышеперечисленных случаев лидеры могут быть либо слишком пассивными и не давать группе достаточных указаний, или слишком провокативными и конфронтующими, и группа станет центрированной на ведущем и слишком зависимой от его указаний и руководства.

Схема 12.3.



Приложения для удачной групповой терапии

К этому привело исследование индивидуальных субъективных оценок различных ведущих, которые Ялом посчитал первыми индикаторами тенденции к позитивным сдвигам благодаря участию в группе.

Ведущие были расположены в ряд от тех, кто в первую очередь были аналитиками и интерпретаторами, до тех, кто видел свою особую функцию в управлении групповыми силами, и до других, предлагающих почти исключительно строго определенные инструкции, часто невербальные упражнения. Некоторые из этих ведущих страстно верили в любовь; другие (так же страстно) — в ненависть. Некоторые лидеры зависели единственно от разговорной терапии; другие использовали музыку, свет и соприкосновение человеческих тел. Исследование обнаружило, что наиболее эффективными лидерами (идеальный тип) были те, кто сохранял умеренность в стимуляции и исполнительном поведении, и был очень заботливым, активно используя смысловую атрибуцию. Существует самая прямая связь между смысловой атрибуцией и позитивным исходом.

Природу группы как социальной системы Ялом считал очень важной. Идентифицировались ли участники с группой, нравилась ли им она, их роль в ней, и нравились ли они группе — все это влияло на результат. Последующее изучение показало, что участники, которым нравились их группы, которые активно участвовали в процессе, и которые были высоко оценены другими членами группы, научились большему. Все эти показатели иллюстрируют тот факт, что самыми популярными ведущие, которые устанавливали нормы умеренности в эмоциях и в конфронтации.

Вопреки тому, во что, кажется, верят многие ведущие и участники групп встреч, («нет никакой группы, есть только личности»), исследование очень ясно показало, что природа группы как социальной системы важна и влияет на результат. Также в противоположность мнению, что «группа может утешить, но не вылечить» (Bask, 1972), работа Ялома показывает, что при правильном руководстве групповая терапия может оказать заметное влияние на жизнь личности. Группы, в которых ведущие создают ощущение сплоченности, функционируют лучше, и их участники относятся к своему опыту положительнее. Совершенно ясно, что неавторитарные ведущие, действовавшие более демократично, были предпочтительны для участников, благодаря в первую очередь ощущению своей автономии в группе. Множество неуловимых деталей составляет вместе то, что может быть описано как образец хорошего ведущего. Лучшее всего это резюмировал Бэк: «хороший ведущий тренинга сензитивности сочетает харизму религиозного целителя с языком ученого». Несомненно, ранний критицизм в адрес психотерапевтических групп имел неверное направление. В общем, плоха не сама по себе групповая терапия, а плохо ведущиеся группы с малообученными или неадекватно подготовленными лидерами, которых необходимо оценивать критически.

Исследования результатов лечения алкоголизма

Многие обзоры исследований по лечению алкоголизма и наркомании в основном показывают смешанные и противоречивые результаты. Однако, когда старые исследования были исключены из-за методологических изъянов (в основном это несовместимость диагностических критериев — алкоголизм в одной работе не соответствовал критериям алкоголизма в другой) и из-за того, что ныне существует более эффективное лечение аддикций, консенсус все же начал проявляться. Исследования в основном поддерживают заключение, что какое-то лечение лучше, чем никакого лечения (Emrick, 1974). Более длительное лечение приводит к успеху скорее, нежели короткое. Психотерапия, особенно групповая, может позитивно влиять на успех лечения, если только она не обесценивает абстиненцию и участие в группах поддержки. В последнем случае те, кто не получает терапии, имеют больший успех, чем те, кто ее получает (Miller, 1995). Вероятно, будет найдено несколько значительных различий в результатах опытных аддиктов на метадоновой поддержке, живущих без наркотиков и находящихся на амбулаторном лечении без заместительной терапии, которые будут являться функцией различий клиентов или времени лечения. Большинство хорошо проведенных исследований единодушно в демонстрации существенных изменений в клиентах, которые остаются в лечении, а также того, что в этом случае более длительный срок лечения коррелирует с лучшими результатами. Индивиды, рано бросившие лечиться, в основном показывали значительно меньшее улучшение по прошествии какого-то времени.

Изменение настроения третьего лица на возмещение также играет убедительную роль в лечении аддикций. Интерес к соотношению цены и содержания привел к драматическим сдвигам от стационарного к амбулаторному и от индивидуального — к групповому лечению, а также привел к значительному сокращению его длительности (Национальный Институт Злоупотребления Алкоголем и Алкоголизмом, 1995). Озабоченность ценовой эффективностью порождает ожидание излечения и полной абстиненции, что зачастую нереалистично. Всеобъемлющий обзор, сравнивающий хронические болезни, такие как диабет, гипертензия и астма, открыл, что процент повторного лечения и податливости к нему в лечении аддикций не превышал таковой для этих заболеваний, а в большинстве случаев был меньше (NIAAA, 1995). Исследования, в общем, поддерживают мнение, что аддикты и алкоголики легче завязывают после лечения, чем до него. Тип лечения мало влияет на разницу в эффекте. Как обнаружили некоторые исследователи, при всех процедурах уровень успеха одинаков (Matakas, Koester и Leidner, 1978; Emrick, 1974; и Miller, 1995). Процент успешности (включая спонтанную ремиссию) находится в пределах сорока-пятидесяти процентов. В этих главных открытиях было несколько важных исключений, о которых также было сообщено. В некоторых лечебных программах для опустившихся алкоголиков уровень успеха был очень низким (около пяти процентов), в то время как некоторые частные госпитали, пользующие избранную популяцию, говорят о 90 процентах успешных исходов. Лечебный эффект может длиться два года или более, если терапия продолжительна или включает в себя участие в группе поддержки. Если нет, то эффект от лечения длится недолго (Miller, 1995). Обобщая, скажем, что уровень выздоровления через год, как было обнаружено, очень близок к его уровню через пять лет из-за того, что большинство рецидивов происходит в течение первого года лечения.

Следовательно, как и в случае большинства других психотерапевтических модальностей, исследование лечения аддикций показало, что большинство терапевтических процедур более или менее эффективно, если неизменны определенные переменные, особенно требование абстиненции.

В одном из самых последних и пространных обзоров подходов к лечению аддикций Миллер (Miller, 1995) заключает, что лечение аддикции, «как оно в основном практикуется, не было хорошо описано в психологической и медицинской литературе» (стр. 4). Он начинает рассуждать о том, что это могло бы быть связано с произвольным исключением двенадцатишаговых форм лечения, поскольку они не всегда точно совпадают с исследовательскими парадигмами, и потому, что «существует поразительная дихотомия между современными клиническими методами и экспериментальными исследованиями» (стр. 4). Миллер заключает, что самым убедительным объяснением для этого набора обстоятельств является то, что «современное лечение алкогольных или наркотических расстройств, с некоторыми заметными исключениями, было развито вне основного течения медицины/психиатрии/психологии» (стр. 4). Из-за того, что метод лечения, основанный на абстиненции, не был до недавнего времени широко изучен, его критики медленно признавали, что эта форма лечения является чрезвычайно эффективной формой терапии аддикций.

Последняя критика, высказанная Миллером, касается отсутствия хорошо контролируемых исследований (за исключением обстоятельной работы Вэйланта), которые рассматривали бы лечение в течение более чем нескольких месяцев. Это является особенно критичным в свете утверждения двенадцатишагового сообщества, что аддикция — пожизненная болезнь. Основываясь на этом понимании, исследование результатов подтвердило существование большого количества разнообразных методов лечения, которые кажутся работающими на коротком сроке (недели или даже месяцы). Однако, при взгляде на результат лечения через большой период времени, оказывается, что абстиненция является лишь только одной из составляющих лечения. Миллер пишет:

«Исследования результатов лечения подтверждают, что только один метод является эффективным и постоянно работающим в течение длительного времени (годы, или вся жизнь), а именно: лечение, основанное на абстиненции, когда оно сочетается с регулярным, продолжительным, неограниченным посещением встреч Анонимных Алкоголиков (общества Анонимных Наркоманов, возможно, так же эффективны, но об этом еще не имеется достаточно данных)» (1995, стр. 18).

Характеристики пациента и тип терапии

Терапия в стационаре оказалась в основном не более удачной, чем амбулаторная терапия. Тем не менее, было выявлено несколько характеристик, определяющих то, что одна форма лечения может быть предпочтительной, в связи с обстоятельствами пациента. Пациенты с более серьезными уровнями аддикции, так же, как и более социально и психологически нестабильные, были признаны лучшими кандидатами для стационарного лечения. С другой стороны, пациенты, у которых есть стабильные и постоянные рабочие отношения, которые могли бы быть нарушены длительным стационарным лечением, получают больше пользы от амбулаторной формы. Это имеет особое значение, поскольку пациенты, которые лучше реагируют на лечение — это те, у кого есть стабильная занятость, сохранившийся брак и поддержка семьи (Matakas, Koester и Leidner, 1978). Очень сходные результаты были сообщены Коллинзом (Collins, 1995), который писал:

«Различия в результатах были связаны с факторами пациентов (в том числе с мотивацией, типом течения и тяжестью алкоголизма, возрастом и полом, личностными, межличностными, семейными, образовательными и профессиональными ресурсами) более, чем с факторами лечения (в том числе с теоретической ориентацией, содержанием, направленностью и интенсивностью лечения), которые в основном плохо предсказывают результаты. Возможность того, что переменные пациента являются лучшим основанием для предсказания результата, нежели содержание программы, вовсе не означает, что лечение *per se* является неэффективным. Так же, как в случае с моделью обучения, те, кто больше вкладывает в этот процесс, даже если это всего лишь большая мотивация, скорее всего, достигнут большего успеха» (стр. 35). На другом конце спектра находятся исследовательские подтверждения того, что у вышедших из низшего класса, плохо образованных и социально неуспешных алкоголиков и аддиктов прогноз лечения гораздо хуже. Детоксикации недостаточно, так же как и стационарной терапии самой по себе, чтобы прийти к сколько-нибудь долгосрочным изменениям. Единственно, что можно рекомендовать — это не ограничивать лечение по времени, а, по возможности, проводить его пожизненно — вот самый реалистичский подход. Разумеется, это предполагает, что вовлечение в двенадцатишаговые программы и в группы поддержки является самым жизненно важным выбором для этих людей. Добровольная модель лечения, как было обнаружено, плохо работает при алкогольной и наркотической аддикции. Исследование предполагало, что взаимодействие со службами по лечению аддикций обычно подразумевает некоторую степень принуждения, в том числе санкции системы правосудия, с рабочего места, от сотрудников социального обеспечения, или давление со стороны семьи и общества (NIAAA, 1995). Группы самопомощи, такие как АА, АН и АК, доминируют в области лечения. Фактически, данные национального обзора показали, что больше людей посещает программы АА, чем формальные лечебные программы. Основная модель лечения химической зависимости в основном полагается на подход АА. Тем не менее, область лечения аддикций отмечена идеологическими дискуссиями и разногласиями. Кроме модели лечения, основанной на абстиненции, существуют модели контролируемого питья, снижения вреда и управления умеренностью, которые испытывают большое влияние бихевиориально-ориентированных исследователей, и отстаиваются последними (NIAAA, 1995).

Психотерапия

Исследование также продемонстрировало, что групповая терапия была лечением выбора, хотя было замечено, что «существует недостаток адекватно обоснованных клинических исследований ее эффективности» (Matakas, Koester и Leidner, 1978, стр. 5). Bakeland, Lundwall и Kissin (1975) цитировали некоторые контролируемые исследования, результаты которых находились в промежутке от полной абстиненции в 15% случаев до значительных улучшений в 47% случаев. Эмпирическое исследование эффективности групповой психотерапии в лечении злоупотребления химическими веществами до сих пор было либо ограниченным и неопубликованным, либо сомнительным, несмотря на его популярность (Cahn, 1970; Matakas, Koester и Leidner, 1978; Stein и Friedman, 1971). Тем не менее, небольшое эмпирическое исследование, которое упоминалось ранее, было с энтузиазмом поддержано отчетами и результатами клинических исследований. (Kanas, 1982). Кан (Cahn, 1970), к примеру, находит в национальном обзоре, что групповая психотерапия является широко используемым методом в программах лечения алкоголизма. Матакас, Коэстер и Лейднер соглашались, выражая похожие соображения: групповая терапия рассматривается как догма в лечении алкоголизма и злоупотребления наркотиками, даже несмотря на то, что существует немного эмпирических исследований, поддерживающих ее популярность. Паттисон (Pattison, 1979) придерживался мнения, что не было проведено достаточного эмпирического исследования, чтобы поддержать популярность групповой психотерапии, как метода выбора для лечения алкоголизма и злоупотребления наркотиками. Чего не хватает, как он предполагал, так это ясного разделения типов групповых методов, которые могут быть выборочно использованы в определенных терапевтических целях с различными типами пациентов. Паттисон (1979) предполагал, что это не означает, что групповая психотерапия бесполезна, а лишь то, что есть потребность в создании специфических руководств по групповой психотерапии. Канас (1982), с другой стороны, цитировал клинические исследования, которые в основном относились с энтузиазмом к эффективности групповой терапии аддиктивных пациентов. Более того, у групповой психотерапии есть длинная история как существенной, если не главной терапевтической модальности в лечении алкоголизма (Stein и Friedman, 1971). Многие работы показали, что в большинстве случаев групповая психотерапия является методом выбора при лечении аддикций. В некоторых случаях уровень выздоровления для пациентов групповой психотерапии оценивается как в два — три раза больший, нежели для пациентов, которые получают только индивидуальную психотерапию (Kanas, 1982; Yalom 1985). В обзоре литературы, посвященной результатам групповой психотерапии как метода лечения аддикций, Канас (1982) находит, что большинство работ поддерживают заявления, содержащиеся в неопубликованной литературе по эффективности групповой психотерапии как лечебной модальности.

В последние несколько лет групповая терапия стала предпочтительным методом лечения химически зависимых пациентов. Было использовано множество типов групповой психотерапии этой популяции, в том числе — поведенческая, когнитивная, психодрама, гештальт, рационально-эмотивная, и т.д. (Zimberg, 1980; Brands- та и Pattison, 1985). Некоторые исследователи предполагают, что психодинамическая и инсайт-ориентированная терапия неэффективны для этой популяции (Holder и др., 1993; Miller и Hester, 1986). Так или иначе, большинство пространственных докладов ведущих групп, которые работают исключительно с этой популяцией, настоятельно рекомендуют работать иначе.

Специфические групповые стратегии и требования

В последние несколько лет произошел рост объемов исследовательской и клинической литературы, посвященной способам адаптации групповой психотерапии к определенным потребностям аддиктивного пациента. В основном возросло согласие тех, кто регулярно работал с аддиктивными пациентами в групповой форме. Ханзян, Халлидей и МакОлифф (1990), Ванничелли (1988), С. Браун (1985), Матано и Ялом (1991), Флорес и Махон (1993), а также автор этой книги (Флорес, 1986) приводили обширные соображения о способах, которыми подтвержденные стратегии групповой терапии могут быть адаптированы и модифицированы для обращения к уникальным проблемам и характеристикам аддиктивного пациента. Все эти авторы приходят к общему мнению о том, что абстиненция является решающим, если не самым главным, элементом в выздоровлении от злоупотребления химическими веществами. Все вышеупомянутые специалисты поддерживают вовлечение химически зависимых пациентов в двенадцатишаговые программы, обновременно с участием в терапевтической группе. Все эти авторы действуют в формате групповой терапии, который обычно включает интерперсональный подход, в основном базирующийся на теоретической модели интеракционной групповой терапии Ирвина Ялома (1985), или является модифицированной формой психодинамической групповой психотерапии (Флорес и Махон, 1993; Ханзян, Халлидей, МакОлифф, 1990). В комбинации с теорией Ялома, большинство также приняло многие принципы психодинамической групповой психотерапии, с некоторыми модификациями в технике, которые специально обращаются к склонности химически зависимых лиц возвращаться к употреблению химических веществ, если их тревога, стыд, гнев и чувство вины не могут быть осторожно модулированы. Это особенно верно на ранних этапах лечения.

Из-за серьезного влияния АА и других двенадцатишаговых программ важно, чтобы ведущие групп хорошо ориентировались в их языке и философии. Матано и Ялом (1991) настойчиво рекомендуют групповым терапевтам познакомиться вплотную с Анонимными Алкоголиками, их языком, программой и двенадцатью традициями. Они рекомендуют это по множеству причин, и прежде всего это склонность аддиктов и алкоголиков использовать АА в качестве сопротивления терапии, либо из-за намеренного избегания, либо из-за неправильного восприятия программы.

Как считают Матано и Ялом, «важно, чтобы терапевт не позволял применять неправильные толкования АА в качестве сопротивления терапии, и использовал мудрость АА для психотерапевтических целей» (1991, стр. 269). Большинство исследований групповой психотерапии сфокусировано скорее на результате, нежели на процессе (Kassel и Wagner, 1993). Недавний обзор, пытающийся очертить самые влиятельные механизмы изменения в групповой терапии алкоголиков, предположил, что различные факторы играют более или менее важную роль в разное время в процессе лечения. Используя лечебные факторы Ялома как инструмент для оценки, было обнаружено, что катарсис или высвобождение подавленных эмоций были гораздо более важны и влиятельны для группы стационарных больных. В противоположность этому, внушение надежды и альтруизм были важнее в лечении амбулаторных пациентов. Групповая сплоченность и взаимодействие (межличностное получение и отдавание) оставалось постоянно важным для обоих типов группового лечения. Эмриком, Лассеном и Эдвардсом (Emrick, Lassen, Edwards, 1977) было проведено сравнение, в котором были идентифицированы лечебные факторы, действующие и используемые в АА. Были обнаружены сходства между АА и амбулаторными группами, такие, как альтруизм, сплочённость, внушение надежды и идентификация. Они были теми лечебными факторами, которые чаще всего цитируют в литературе АА (Kassel и Wagner, 1993).

Бихевиоральная терапия

Матакас, Коэстер и Лейднер (1978) сообщали о различных степенях успешности лечения и для классической, и для аверсивной обуславливающей терапии. Тем не менее, Эмрик (Emrick, 1989), Уоллес, Форбс, Чалмерс (Wallace, Forbes и Chalmers, 1979) правы в том, что существует много свидетельств того, что это исследование успешности лечения алкоголизма, как и большинство других, имеет серьёзные изъяны. В то время как было ясно с самого начала, что предубеждения авторов делают основной упор на абстиненцию как на первейшую задачу лечения, и, поскольку эффективность «контролируемого питья» не была до сих пор ясно установлена, исследование открытий в этой области будет ограничено теми поведенческими стратегиями, которые скорее поощряют абстиненцию от алкоголя, нежели продолжение его употребления.

Как продемонстрировал Эмрик (1974) в своём обширном обзоре 487 работ по результатам лечения алкоголизма, хоть какое-нибудь лечение — это лучше, чем никакого лечения вообще. Тем не менее, позже (1979) он отметил, что некоторые типы бихевиоральных интервенций могут фактически причинить некоторым пациентам больше вреда, нежели пользы. Он предлагает, чтобы исследование было направлено на идентификацию пациентов, которым могла бы повредить терапия подобного типа.

Таким же образом Матакас, Коэстер и Лейднер (1978) сообщали, что «критерии для терапии обуславливания, упоминаемые в литературе, не совсем убедительны» (стр. 2). Полезность лекарственной терапии дисульфирамом была также признана сомнительной, и было предложено, чтобы он применялся только как поддерживающее средство наряду с другими формами лечения.

Обзор исследований контролируемого питья, проведённый Миллером (1995), обнаружил, что группами, в которых были самые лучшие результаты, являлись те, которые в большинстве своём воздерживались или имели большой срок абстиненции. В основном, алкоголики с большим сроком абстиненции показывают лучшие результаты, чем те, срок абстиненции которых меньше. Миллер считает, что эти данные указывают, «что скорее абстиненция, а не контролируемое питьё, приводит к лучшим результатам» (стр. 14). Также он обнаружил, что обследования через год и через два года часто показывают постепенное скатывание к привычным паттернам алкоголизации. В основном, заключает Миллер, «среди тех, кто посещал тренинг по контролю за употреблением, абстиненты показывают лучшие результаты; действительное же контролируемое питьё ассоциируется с худшими результатами» (1995, стр. 14).

Использование бихевиоральных и когнитивных техник кажется наиболее полезным, когда используется в целях поддержания абстиненции. Уоллес (Wallace, 1978a) написал блестящий обзор использования поведенческих техник в лечении аддиктивных пациентов. Он избегает дискуссионных тем о бихевиоральных методах контролируемого питья, аверсивного обуславливания и систематических техниках управления случайностями по многим причинам. А именно: многие годы клинического опыта работы с алкоголиками научили его, что эти методы не работают. Уоллес осознаёт, что большинство срывов происходит в первый год, и что разумное использование некоторых поведенческих факторов может помочь выздоровлению, особенно в первые несколько решающих месяцев абстиненции от алкоголя. Фактически, Уоллес считает, что АА действуют в формате изменения поведения. Он пишет, что

«Следовательно, посещение встреч АА является заметным поведенческим изменением в жизни алкоголика. Приход на такие встречи видоизменяет типичный набор его действий, даёт возможность завести новых друзей, подвергает его действию большой социальной поддержки и подкрепления; разрешает ему напрямую собирать информацию о других алкоголиках и алкоголизме как болезни. Во многих отношениях АА само по себе уже является поведенческим изменением» (1978a, стр. 102).

Группы самопомощи

Emrick, Lassen и Edwards (1997) отмечали, что АА — это более удачный, нежели другие, терапевтический подход, в котором целью алкоголиков является полная абстиненция. В своих ранних (1974) исследованиях они предполагают, что подход АА применим только к определённым типам алкоголиков с определёнными общими характеристиками.

Эту позицию они позже изменили в другом своём обзоре, заключив, что не существует ясного профиля алкоголика, который бы с большей вероятностью посещал встречи АА. Они предложили рассматривать всех пациентов, имеющих проблемы с алкоголем, как возможных участников АА. По крайней мере, они должны быть проинформированы о потенциальной пользе данной организации (1989). Эта перемена позиции иллюстрирует общие заблуждения многих исследователей относительно общества АА, сохраняющиеся до сих пор. В типичном случае АА ошибочно описывалось многими как подходящее лишь для белых мужчин среднего возраста, разделяющих ценности среднего класса, сочетающих религиозность с зависимыми чертами.

Недавний опрос участников АА (Анонимные алкоголики, 1992) разрушает многие мифы и стереотипы. Тридцать пять процентов членов АА — женщины, и эта цифра растёт с каждым годом. 43% женщин и 57% мужчин не достигли 30 лет, и эта цифра также каждый год возрастает. Средняя продолжительность периода трезвости составляет пять лет, а в 35% случаев этот срок более длителен. Растущее число участников (46%) также зависимы от других веществ. Посещаемость АА очень стабильна, приблизительно по три встречи в неделю. Перед тем, как прийти в АА, 63% участников получали какой-либо вид терапии или консультации — медикаментозную, психологическую или духовную помощь. 80% сообщали, что это лечение сыграло важную роль в направлении их в АА. После прихода в АА 56% продолжили получать какое-либо лечение или консультации, 87% тех, кто получал какую-либо форму профессионального лечения, сказали, что оно сыграло важную роль в их выздоровлении от алкоголизма.

Эмпирическое исследование подтвердило ту точку зрения, что участие в АА коррелирует с хорошим результатом и ценовой эффективностью. У тех, кто присутствует на встречах АА еженедельно, результаты лечения лучше, а менее частое посещение коррелирует с более низкими показателями периода устойчивой трезвости. Таким же образом, контролируемые исследования в основном признают существенными лечебные результаты программ, основанных на абстиненции, особенно когда они сочетаются с направлением в АА (Miller, 1995).

Рекомендации

Определенные выводы могут быть сделаны из имеющихся данных по более чем восьми тысячам пациентов, которые посещали лечебные программы в Соединённых Штатах. Миллер и его коллеги сделали вывод, что лечение, основанное на абстиненции, работает более эффективно, чем то, которое не делает на ней акцента. Несмотря на относительно недостаточное понимание этого у бихевиорально ориентированных исследователей, лечение, основанное на абстиненции, является доминирующим и в этой области. Контролируемое питье имеет небольшое влияние за пределами теоретических академических исследований. Миллер приходит к заключению, что нереалистично было бы допускать, что столь сильное отличие в успешности лечения, основанного на абстиненции, и другими подходами, обязано отбору пациентов (пациенты с более высокой мотивацией, и так далее). Он рекомендует проводить более компетентные исследования для определения того, как и почему некоторые люди избегают лечения, основанного на абстиненции, в то время, как оно является очевидно более результативным. Он также рекомендует находить пути для поощрения участия пациентов в АА и других группах самопомощи. Таким же образом, другие исследователи (Kellogg, 1993) предлагают, чтобы терапия аддикций была сконцентрирована на помощи индивиду в создании связи с двенадцатишаговой группой. Соппротивление пациентов и сопротивление терапевтов в этом вопросе должно быть исследовано.

Совмещение характеристик терапевта и пациента

Хотя психотерапевтические исследования успешно продемонстрировали, что лечение помогает большинству пациентов, не достигнуто ясного понимания того, почему одни получают от него значительно больше пользы, чем другие. Действительно, работа, цитируемая в этой главе, предполагает, что техники и теории, которым обычно приписывается психотерапевтический эффект, отвечают за относительно небольшую часть изменений пациента. В противоположность этому, существует множество оснований полагать, что большая доля успеха в лечении обязана тому, что пациент начинает воспринимать терапевта как компетентного, заслуживающего доверия, принимающего и заботящегося человека, отзывчивого к трудностям, переживаемым им или ею в данный момент. Эти представления не зависят от теоретической ориентации терапевта, его образования и применяемых техник. Такое восприятие не обязательно формируется у всех пациентов. В то время как очевидно, что характеристики пациента в большой степени определяют то, сможет ли он воспринять положительные качества терапевта, остается непонятным, почему некоторые пациенты реагируют на одного терапевта и не реагируют на других. Разумеется, сходство ценностей и личностных характеристик пациента и терапевта играют большую роль в установлении терапевтических отношений. Существует доказательство того, что успех и в психотерапии, и в лечении алкоголизма существенно зависит от установления хорошего рабочего альянса. Таким образом, важно понять природу терапевтических отношений и рабочего альянса, чтобы стать эффективным ведущим группы.

Hans Strupp (1978) кратко обрисовывает процесс установления хороших рабочих отношений в терапии. Соответствие характеристик терапевта и пациента в большой степени определяется успешной организацией первых часов терапии. Более того, хорошие человеческие отношения, по мнению Струппа, являются предварительным условием для технических интервенций терапевта.

Он пишет:

«Существует веское доказательство того, что любое «хорошее» человеческое отношение — то есть взаимодействие, которое характеризуется пониманием, принятием, уважением, доверием, эмпатией и теплотой — является и полезным, и конструктивным. Если подобное отношение предоставляется одним человеком (терапевтом) другому (пациенту), который несчастен, деморализован, подавлен и страдает от различного рода проблем, которые, как считается в нашем обществе, требуют обращения к специалисту в области душевного здоровья, результат обычно будет «терапевтическим», наделяющим реципиента способностью реагировать, или получать преимущества от того, что терапевт может ему предложить. Некоторые терапевты верят, что психотерапия начинается как раз с того момента, когда пациент не может получить пользы от хороших человеческих отношений, и профессионал требуется тем личностям, которые хронически не способны находить хорошие человеческие отношения и извлекать из них пользу» (1978, стр. 9).

Струпп неоднократно подчёркивал, что к изменению в пациенте приводит не использование техники и не избегание исторически сложившихся моделей, а оживление и модификация исторически значимых паттернов, которые оживают здесь и сейчас в отношениях терапевт — пациент или группа — участник. Понимание определяется разумом, а важность терапевтического изменения зависит не от разума, а от эмоциональных отношений между пациентом и группой и групповым терапевтом.

Разумеется, терапевт как личность играет решающую роль в определении того, насколько важными и эффективными будут эти отношения. Терапевт, который является только хорошим человеком, не сможет обеспечить полного диапазона стимулов, нужных пациенту в процессе лечения. Терапевты должны быть способны бросить вызов, успокоить, проявить заботу, любовь, и побороться с пациентом, если им необходимо обеспечить полноту эмоционального опыта, который потенциально может возникнуть в любых аутентичных отношениях. Терапевты, как мы надеемся, будут иметь свободный доступ ко всем своим страстям и будут организовывать их для того, чтобы достигнуть своих собственных целей. Как бы ни был терапевт добр, альтруистичен или великодушен, ему не следует мотивироваться своим собственным желанием быть хорошим или считать себя благожелательным. Скорее, его способность утешать другого и быть великодушным должна происходить из глубин его чувства собственной ценности. Ницше (1968) точно схватывает эти ощущения:

«Грация — часть милосердия великодушных. Когда сила становится милостивой и опускается до видимости — подобное нисхождение я называю красотой. И ни от кого я не требую красоты так, как от вас, могущественные. Ваша доброта да будет вашим последним самопреодолением. На всякое зло я считаю вас способными, поэтому я хочу от вас добра. Поистине, я часто смеялся над слабыми, которые мнят себя добрыми лишь потому, что не имеют когтей» (1968).

В заключении этой главы приведу важное обращение к начинающим групповым терапевтам. Важно, как сообщалось прежде, чтобы они учились у мастеров и самостоятельно знакомились с основными принципами групповой терапии прежде, чем начнут развивать собственный стиль. Не менее важно и то, чтобы каждый ведущий группы не пытался стать ещё одним Яломом, Полстером, Гулдингом или Витакером. Все эти люди являются по-своему специалистами в своей области, и каждый уникален в своём подходе к групповой терапии. Очень важно, чтобы начинающие ведущие не пытались во всем соперничать с другими или делать из себя точную копию терапевта, которым они восхищаются. Лучше всего, чтобы каждый ведущий групп развивал и открывал свой собственный стиль. Этот принцип ясно демонстрируется историей, рассказанной Шелдоном Коппом о совете хасидского религиозного лидера (цадика), который он даёт своему юному ученику:

«Таким образом, отношения между цадиком и его учеником были решающим фактором в попытке оказать духовную помощь, так же, как и отношения между терапевтом и пациентом являются решающим в этом светском эквиваленте. Личность учителя занимает место доктрины. Это должно удерживать от превращения последней в догму. Когда мы читаем истории многих цадиков, мы видим, что лучше всего их характеризовала их непохожесть, их поразительная индивидуальность. Не всегда это было приятно в начале тем людям, которые хотели не только помощи, но также и модели, образца поведения, с которым они могли бы соперничать. Итак, в одной истории последователи рабби Зуси спросили его: «Рабби, скажи нам, зачем ты учишь нас так, когда Моисей учил по-другому?» «Когда я попаду в грядущий мир, — ответил рабби Зуся, — там они не спросят меня: «Почему ты не был похож на Моисея?» Вместо этого, они зададут мне вопрос: «Почему ты не был больше похож на Зусю?» (1971, стр. 36).

Глава 13. Перенос в группах

Понятие переноса издавна занимает главенствующее положение в психотерапии. Это было одним из величайших открытий Фрейда, и сейчас, по прошествии почти шестидесяти лет после его смерти, оно продолжает сохранять свое центральное значение в психоанализе и психодинамически ориентированной терапии. Каждый компетентный и хорошо обученный терапевт признает важность переноса в психотерапии, но все же в прошлом отдельные критики сомневались, может ли перенос существовать в группе. Некоторые из них верили, что групповая терапия размывает реакции переноса и нейтрализует данный феномен как таковой. Многие индивидуально ориентированные теоретики считали, что перенос может присутствовать лишь в контексте свободных ассоциаций. Поскольку считалось, что группа мешает свободным ассоциациям, то из этого следовало, что переноса в группах быть не может. Разумеется, свободные ассоциации имеют место и в группе, особенно если группа психодинамическая. Любой опытный терапевт-ведущий знает, что перенос в группе не только существует, но и, фактически, еще более обширен благодаря широкому спектру доступных трансферентных объектов. Перенос осуществляется не только на ведущего, но и на каждого из членов группы, и на группу в целом. Ялом зашел так далеко, что заявлял об этом как о чем-то очевидном в попытке оправдать подобную точку зрения во время публикации первого издания своего труда, почти тридцать лет назад. Он выделил шесть принципов переноса, рассеивая сомнения, которые бытовали среди некоторых теоретиков на этот счет.

1. Перенос имеет место в терапевтических группах; он поистине вездесущ и радикальным образом влияет на природу группового взаимодействия.
2. Без должного внимания к переносу и его проявлениям терапевт зачастую оказывается неспособным понимать процесс в группе.
3. Терапевт, игнорирующий перенос, может серьезно ошибаться в понимании некоторых трансакций, и будет скорее запутывать, нежели направлять членов группы; но если он видит во всем только трансферентные аспекты, он не сможет установить с участниками подлинных аутентичных отношений.
4. Существуют пациенты, терапия которых основывается на разрешении искажений переноса; есть и другие, улучшение состояния которых базируется на межличностном научении, происходящем в работе не с терапевтом, а с другими членами группы над такими темами, как соперничество, эксплуатация или конфликты в сфере сексуальности и интимности; есть также множество пациентов, выбирающих альтернативные пути излечения в группе и извлекающих основную пользу из иных терапевтических факторов.
5. Не все отношения с терапевтом базируются на переносе; многие опираются на реальность, тогда как другие иррациональны, но исходят из других источников иррациональности, присущих групповой динамике. (Еще Фрейду было известно, что не все групповые феномены могут быть объяснены индивидуальной психологией).
6. Сохраняя гибкость, вы сможете использовать подобные иррациональные отношения к вам пациентов с большой пользой для терапии, в то же время не пренебрегая и множеством других своих функций в группе. (1975, стр.194).

Следуя принципам Ялома, участники группы вскоре обнаружат ту степень, в которой они наделяют друг друга качествами членов своего раннего семейного окружения. Под руководством и направлением ведущего они получают возможность понять то, как они проецируют образы родителей и сиблингов на ведущего и других участников. Скорее всего, они увидят, насколько эти искажения определены их ограниченным детским опытом, и что наделение других теми признаками, которыми они сами не обладают, является результатом искажений структуры их собственного характера.

Определение переноса

Существует целый ряд тщательно разработанных определений переноса. Проще всего сказать, что перенос включает в себя два разных аспекта:

1. Он должен быть повторением прошлого.
2. Он не должен соответствовать настоящему.

Если обе эти характеристики не выдерживаются одновременно, то едва ли наблюдаемый феномен действительно является переносом. К примеру, если член группы воспринимает ведущего как контролирующего и требовательного, а ведущий и впрямь требователен и стремится к контролю, то это — не перенос. В этом примере восприятие терапевта членом группы абсолютно соответствует настоящему. Далее, если в личной истории этого члена группы не наблюдалось постоянного восприятия нейтральных людей как контролирующих и требовательных, маловероятно, что этот человек станет так воспринимать кого-то в настоящем, если только у него нет на то веских причин.

Однако, если кто-либо значимый из прошлого этого члена группы (т.е. отец, мать, сестра, брат и т.д.) воспринимался им как холодный, безразличный, эксплуатирующий или несправедливый, и мы имеем дело с нереалистичным наделением подобными установками совершенно нейтральных людей в настоящем, то высока вероятность того, что человек находится во власти искажений переноса. Перенос заставляет других людей казаться тем, чем они не являются.

К примеру, если Мэри воспринимает Бёрта как сердитого, критичного человека, которого не очень-то заботят чувства других членов группы, а остальные участники считают его добрым, заботливым и мягким, то неконгруэнтность восприятия Мэри совершенно очевидна. Существует семеро других людей, которые видят Бёрта в абсолютно ином свете. Что же такое есть в Мэри, что заставляет её исказить Бёрта, игнорируя реальность остальных членов группы? Мэри — успешная в других отношениях женщина, жена, мать и бухгалтер. Она зарабатывает на жизнь точностью восприятия. Мэри, выросшая в доме чрезмерно наказующего и критичного отца-алкоголика, вспоминает его всякий раз, как слышит интонации Бёрта, говорящего в особом, характерном для него стиле. Мэри переносит на Бёрта собственные чувства гнева и негодования на отца. Но чувства эти не соответствуют настоящему моменту, поскольку в действительности Бёрт похож на ее отца только ростом и голосом, и более ничем. Леви (Levy, 1984) пишет об этом процессе:

«Психоаналитические теории психопатологии основываются на идее о том, что прошлое искажает настоящее, что прошлые трудности постоянно повторяются, и что выздоровление базируется на раскрытии старых конфликтов и разрешении последних таким образом, что их искажающее влияние устраняется. Можно ожидать, что пациент будет существенно исказить свои значимые взрослые отношения, приспособив их к структуре своих бессознательных затруднений, обычно связанных с конфликтными отношениями к родителям в ранние годы, когда происходило его формирование и развитие», (стр.94)

Перенос, каким он оказывается в терапевтических условиях, позволяет ведущему группы заглянуть в прошлое пациента. Исследование взаимодействия членов группы становится средством понимания способа, посредством которого прошлое пациента, воспроизведенное в реакциях переноса здесь и сейчас, вмешивается в нынешние отношения пациента. Перенос — это средство узнавания прошлого путем повторного переживания его в настоящем. Мы все склонны повторять прошлое, искажая настоящее, и до тех пор, пока пациенты не осознают свои собственные идиосинкратические искажения, они будут обречены повторять их.

Леви подчеркивает важность признания того, что такие повторения происходят со всеми:

«Подобные искажения не стоит считать присущими только носителям серьезной психопатологии. Любые межличностные взаимодействия окрашены прошлыми переживаниями, формирующими нынешние ожидания и реакции. Особенно конфликтные и неудовлетворительные отношения с родителями и другими влиятельными фигурами детства имеют чрезвычайно длительное и искажающее влияние на отношения людей в зрелом возрасте. Как же соотносить такое повсеместное искажение с концепцией переноса так, чтобы последний термин не утратил своего специфического клинического значения? Перенос — это проявление в психотерапевтических отношениях вездесущего искажающего влияния прошлых отношений на настоящие, подкрепленное регрессивными силами, неотъемлемо присущими ситуации лечения, и проясненное терапевтической нейтральностью, относительной анонимностью и объективностью перед лицом искаженного видения терапевта пациентом». (1985, стр.94)

Перенос, как средство интерпретации прошлого, может быть весьма действенным терапевтическим инструментом. Однако, как и любая техника, он может стать деструктивным, будучи самоцелью, а не средством лучше понять пациента. Терапевты, неосторожно обращающиеся с переносом, могут прятаться за его интерпретациями, потому что им трудно иметь дело с эмоционально возбуждающим материалом. Как предупреждает Кернберг (1984), перенос обычно кристаллизуется вокруг некоего реального аспекта личности терапевта. Как и в паранойе, в нем всегда присутствует элемент истины. Однако, обычно это сильно преувеличенное и искаженное наблюдателем восприятие. Если терапевт не будет аккуратным, ему не удастся понять, какую свою часть он привносит в трансферентное искажение. Скотт Рутан (1983) рассказывает историю, в которой схвачена самая суть такого типа затруднений:

Во время обсуждения случая из практики студент-медик обнаружил, что ему особенно сложно выдать свое первое направление к психиатру. Из описания этого студента было ясно, что его пациентка хронически злоупотребляет наркотиками и имеет пограничное личностное расстройство. Было также очевидно, что она прекрасно осознает нервозность и некомпетентность студента, что только еще больше приводит ее в бешенство. По мере того, как он допускал просчет за просчетом в терапевтической работе с этой женщиной, неделя за неделей, ее нарциссическая ярость продолжала расти с каждой нарциссической травмой, которую она переживала. Наконец, после того, как он в течение трех недель подвергался постоянным аффективным нападкам этой женщины, один из старших медицинских работников, заметив, что студент после этих встреч выглядит подавленным и изможденным, мягко предложил использовать для этого случая медикаменты.

Во время обсуждения этой возможности студенты и стажеры обратились к Рутану, спросив, что он думает по этому поводу.

Не моргнув глазом, Рутан ответил: «Мне кажется, это отличная идея; но прописать их студенту, а не пациентке».

Терапевт, нечувствительный к собственным реакциям контрпереноса, может приписывать пациенту некие качества неточно, преувеличенно или искаженно. Или, как иллюстрирует предыдущий пример, он может отыгрывать противодействие пациенту из-за собственного внутреннего дискомфорта или гнева. Слишком часто пациенту прописывают лекарства лишь потому, что его аффекты невыносимы для терапевта.

Зачастую для развития переноса нужно время. Однако, существует множество случаев, когда пациент демонстрирует его немедленно и очень мощно. Именно это чаще всего происходит в случае с наркоманами и алкоголиками. Разрешение искажений переноса требует мастерства, терпения и времени. К сожалению, время — как раз то, чего зачастую нет. Это особенно верно в случае стационарного лечения и узких временных рамок, навязываемых managed care и страховыми покрытиями третьих сторон. Ведущие групп зачастую вынуждены быстро и прямо отвечать на негативные или разрушительные искажения переноса. Положительные трансферентные реакции, такие, как идеализация, должны быть задействованы и использованы для пользы пациента. Ялом считает, что умелое и благоразумное использование прозрачности, вознаграждения и самораскрытия может сильно помочь при многих ранних негативных реакциях переноса. Временами это может оказаться бесполезным, поскольку временные рамки и основные темы лечения не всегда позволяют ведущему роскошь медленно прорабатывать подобные искажения.

Ялом не считает, что прозрачность или самораскрытие, примененные аккуратно, обязательно будут мешать феномену переноса. Однако, прозрачность и самораскрытие терапевта должны зависеть от того, будут они препятствовать или способствовать достижению терапевтических целей. Самораскрытие и прозрачность должны использоваться для того, чтобы обеспечить поддержку, принятие и поощрение там, где это необходимо. Это особенно верно для наркоманов и алкоголиков на ранних стадиях выздоровления, когда абстиненция висит на волоске. Переносы, которые могут мешать абстиненции, должны разрешаться быстро. Ялом напоминает ведущим, что задачей терапевта является не выработка положительных чувств, но их обнаружение и идентификация посредством избирательного самораскрытия. Пациент, нуждающийся в поддержке, помощи и руководстве, ничего не выиграет от неприязни, недоверия или гнева терапевта. Ничего не получит пациент и от терапевта, имеющего нездоровую потребность нравиться, быть предметом восхищения и идеализации.

Анонимность и ее противоположность, прозрачность, — зачастую неправильно понимаемые понятия даже внутри психоаналитического сообщества. Терапевтическую нейтральность часто путают с чистым экраном или ненавязчивой позицией терапевта-аналитика. Терапевту, даже в аналитической традиции, нужно быть способным устанавливать теплые отношения, не позволяя никаким предрассудкам, конфликтам и внешним искажениям примешиваться к терапевтической сессии. Это вовсе не означает, что терапевт должен быть дистантным, индифферентным, холодным или невовлеченным. Терапевт должен эмоционально вовлекаться в жизнь своих пациентов, также как ведущий группы должен быть эмоционально вовлеченным участником-наблюдателем в группе.

Перенос характерен не только для пациентов, но и для терапевта и ведущего группы. Понятие контрпереноса было впервые использовано для того, чтобы отличить перенос терапевта от переноса пациента — различие, несправедливо предполагающее, что одно однозначно отличается от другого. Взгляд на контрперенос претерпел за последние несколько лет некоторые радикальные изменения. Поначалу контрперенос понимался довольно узко. Это было что-то, чего терапевт должен избегать, и что представляет собой реакцию на перенос пациента. Многие аналитики-классики верили, что реакции контрпереноса являются результатом неразрешенных или не полностью проанализированных внутренних конфликтов аналитика. Наличие подобных контрпереносных чувств к пациенту было недопустимым и обычно означало, что терапевту следует вернуться к собственному психоанализу. Сегодня все шире принимается мнение, что подобные реакции контрпереноса не только неизбежны, но что их и не следует избегать. Они могут стать богатым источником полезной информации о пациенте, если будут должным образом поняты и использованы терапевтом. Чтобы лучше понять, как переносы пациента и терапевта могут взаимодействовать, последовательно раскрывая важную и полезную для лечения информацию, мы обсудим эти понятия ниже.

Возможности переноса в группе

Влияние на Ялома Гарри Стэка Салливана (1953) было подчеркнуто в Главе 4. Здесь важно вкратце напомнить о том значении, которое имело понятие «паратаксического искажения» Салливана для подхода Ялома к разрешению трансферентных искажений в группе. Паратаксическое искажение — это наша склонность исказить свое восприятие других. Подобные искажения, сами себя увековечивая, ведут к самореализующимся пророчествам. Первичное искажение наркоманов и алкоголиков заключается в том, что людям нельзя доверять. Они упорно выбирают в друзья и любовники таких же алкоголиков и наркоманов, заведомо не вызывающих доверия. Вследствие этого, их видение других людей и мира как не стоящего доверия постоянно поддерживается. Таким образом, оправдывается то, что они удерживают других людей на расстоянии и никому не верят. Это — игра аддиктов. Их выигрыш заключается в том, что они не должны подходить достаточно близко ни к одному человеку, которому можно доверять, поскольку их глубинный страх — не оправдать ожиданий, не подойти, оказаться неадекватными и неприемлемыми для других.

Искажения подобного рода могут быть изменены только при помощи того, что Салливан называл «согласованным подтверждением» (дословно «консенсуальной валидацией»). Для психологически развивающихся детей это требует сравнения своего восприятия с восприятием ровесников. Изолированные же индивиды сохраняют свое искаженное восприятие, увековечивающее самое себя. Они приходят к заключению о том, что уникальны в своей «нехорошести», и что если бы другие узнали, каковы они на самом деле, то отвергли бы их. Восприятие других людей как не вызывающих доверия — это защитная операция, предохраняющая алкоголиков и наркоманов от проявления своего подлинного Я.

Групповая терапия требует, чтобы участники группы обращались к своим бессознательным страхам и модифицировали свои искажения посредством согласованного подтверждения. Как только члены группы начинают понимать свои трансферентные искажения, им приходится смотреть на себя более реалистично и, следовательно, в большей степени проявлять в группе свое подлинное Я. В конечном счете, через коррективный эмоциональный опыт они начинают осознавать, что их могут принять такими, какие они есть, и нет нужды общаться с другими людьми в манере, тянущейся из давнего прошлого.

Ведущий должен помнить, что перенос — это бессознательный феномен. Члены группы не осознают, что они делают это. Только если чьи-либо действия не имеют смысла для других участников, искажение переноса получает шанс быть проявленным и проясненным. Реакции или чрезмерные реакции одного из членов группы обычно становятся очевидными для других людей в группе раньше, чем для самого этого человека. Прежде, чем подобное поведение будет изменено, необходимо оживление инфантильной реакции в настоящем. Следовательно, изменение невозможно без того, чтобы члены группы осознали свои искажения переноса. Терапевтическая группа позволяет своим участникам иметь дело с подобными инфантильными искажениями сейчас, будучи взрослыми, когда они способны полнее понять их. Они могут быть вновь прожиты в безопасной атмосфере группы и изменены так, чтобы старые бессознательные паттерны перестали мучить своего обладателя. Как воскликнула одна из участниц группы после внезапно озарившего ее осознания своих искажений переноса: «Потрясающе в этой группе то, что я могу вернуться и пережить все, с чем мне приходилось бороться один на один, когда я была ребенком, а здесь вокруг меня все эти люди, которые помогают мне».

Перенос имеет место в любой форме психотерапии, но групповая терапия расширяет возможности для него. Дело не только в том, что каждый член группы запускает отдельные индивидуальные трансферентные реакции; существуют еще и три различных трансферентных процесса, присущих каждому групповому опыту, и их следует различать. Это вертикальный, горизонтальный и символический перенос (см. рис. 13.1).

1. Перенос на ведущего (вертикаль).
2. Перенос на равных (горизонталь)
3. Перенос на группу-как-целое (символическая мать)

Рис. 13.1



Группа-как-целое (Символическая мать)

Перенос на ведущего

Перенос на ведущего обычно относится к либидинальным искажениям, связанным с неразрешенными эдиповыми проблемами. Следовательно, конфликты, связанные с властью, зависимостью, успехом и авторитетом будут проявляться вокруг вертикального полюса.

Это те типы трансферентных вопросов, которые легче всего возникают в индивидуальной терапии. В зависимости от раннего индивидуального опыта каждого из членов группы, кто-то может воспринимать ведущего как холодного и дистантного; другие будут считать его теплым и дающим поддержку. Некоторые будут яростно защищаться или зависеть от ведущего, ожидая от него руководства и направления, тогда как другие окажутся демонстративно независимыми и вызывающими по отношению к нему.

Перенос на равных

Перенос на равных включает в себя всё, что относится к конкуренции — все темы, связанные с ревностью, завистью и сотрудничеством. Члены группы будут часто разжигать в себе чувства сиблингового соперничества. Участники могут напоминать друг другу братьев, сестер, мужей, жен или любовников. В иное время у них могут пробудиться родительские искажения переноса. Так происходит потому, что группа являет собой до того разнообразный источник трансферентных стимулов, что это позволяет пережить, а в конце концов и разрешить большое количество искажений.

Перенос на группу-как-целое

Группа как символическая мать помогает стабилизировать течение терапии. Большая часть терапевтической эффективности группы базируется на доэдипальном материнском переносе. Если группа оказывается символической плохой матерью, то она возбуждает примитивный гнев и ярость. Немногие алкоголики или наркоманы способны вынести подобные чувства, для них группа окажется чересчур угрожающей. Вот почему сплоченность, доверие и безопасность столь важны для начинающей терапевтической группы. Благожелательное терпение группы, принятие и безопасность могут достичь такого уровня, что будет пережито растворение в материнско-детском симбиозе с повторным рождением. Интенсивность индивидуальных искажений переноса, будь то бунтарский гнев или страхи зависимости и поглощения, размывается присутствием других членов группы. Символическая хорошая мать будет служить вместилищем тревоги членов группы и обеспечит необходимую поддерживающую среду (holding environment), позволяющую обратиться к искажениям переноса и модифицировать их.

Модификация искажений переноса в группах

Как только установлен должный терапевтический климат, ведущий может направить свою энергию на проявление и преобразование искажений переноса каждого из членов группы. В распоряжении у ведущего находятся три базовых средства для выполнения этой задачи:

1. Интерпретация
2. Согласованное подтверждение
3. Прозрачность

Интерпретация

Интерпретация играет особую и уникальную роль в психоанализе и психоаналитической групповой психотерапии. В то время как каждая форма психотерапии обладает своими собственными средствами для привнесения изменений в жизнь человека, интерпретация оказывается краеугольным камнем психоаналитической групповой психотерапии, где именно с ее помощью передается информация. Интерпретация — это утверждение ведущего по поводу чего-то, высказанного или проявленного пациентом, идентифицирующее те черты его поведения, которые он не полностью осознает. Интерпретации переноса предназначены для того, чтобы расширить осознание пациентом его собственных идиосинкратических искажений восприятия других, которые можно заметить в группе. Задействование переноса становится ключевой задачей ведущего. Но он не должен конфронтировать или выявлять перенос преждевременно, а также в атакующей или приводящей в смущение манере. Точно выбранное время — ключ к решению. Несвоевременная интерпретация может усилить подавление или регресс в группе. Точность — еще один важный фактор. В случае неточной интерпретации члены группы часто цепляются за сделанное утверждение, используя его в качестве защиты. Точная интерпретация вызовет более глубокие ассоциации и чувства. Однако, точные интерпретации могут вызвать в пациенте и сильные негативные чувства. Не ждите, что члены группы будут отвечать на них признанием, говоря: «Спасибо Вам большое, это было действительно полезно». Точная интерпретация разоблачает человека и часто переживается им как нарциссическая травма. Своей точной интерпретацией ведущий фактически говорит: «Твой промах заметен, и я об этом знаю». Часто это обескураживает членов группы, потому что ведущий проник сквозь их защиты, и результатом этого обычно бывает страх, гнев или стыд.

Согласованное подтверждение

Искажения переноса лучше всего выправляются, когда члены группы начинают сравнивать свое восприятие с восприятием других. Это особенно важно для алкоголиков, наркоманов и людей с расстройствами характера. Интерпретации редко срабатывают с такими пациентами из-за их тенденции к чрезмерному использованию эго-синтонных защит. Их характерологическая защитная поза предохраняет их слишком хорошо. Часто они не переживают того уровня внутреннего дискомфорта, который присущ невротикам, так что они редко сами стремятся к терапии. Обычно их посылают или приводят на терапию другие, находящие их характерологические черты беспокоящими, обидными и проблемными. Подобные пациенты убеждены в том, что «это другие, там» являются проблемой. С ними-то все было бы прекрасно, если бы их оставили в покое. Необходимо, чтобы общее согласие остальных членов группы перевесило их искажения, прежде чем они станут способны допустить идею о том, что они сами могут быть причиной собственных трудностей. Такое подтверждение товарищей имеет гораздо более сильное воздействие, нежели подтверждение ведущего.

Прозрачность

Искажения переноса также могут быть скорректированы, если ведущий будет более прозрачным и в большей степени откроет себя. Однако, если он раскрывается слишком быстро, это может повредить переносу. Поскольку перенос (так же, как свободные ассоциации и сны) — это способ достичь бессознательного, то преждевременное использование прозрачности может разрушить ценный и важный источник самоисследования и осознания. Наряду с важностью использования ведущим прозрачности как способа исправить деструктивные искажения переноса, он должен тщательно оценивать причины своего большего самораскрытия перед группой и ее членами. Прозрачность не должна быть оправданием доминирования в группе или использования группы для удовлетворения собственных потребностей. Ведущий не должен бороться с членами группы за доминирование путем нарциссической демонстрации собственного блеска или превосходства. Ему следует использовать прозрачность как средство допущения равных отношений во имя эффективного использования терапевтического давления. Ведущий должен быть способен относиться к взаимоотношениям членов группы не с завистью или желанием вмешаться, а с осторожным уважением. Ревнивый родитель — это не хороший родитель.

Типы переноса в группах

Перенос проявит себя во множестве форм. В то время как индивидуальная терапия создает особый тип атмосферы, которая ведет к вероятности проявления определенных типов переноса, групповая терапия добавляет к этому свои собственные уникальные влияния. Ведущий группы может стать свидетелем трех общих типов переноса в терапевтической группе:

1. Смещенный перенос.
2. Перенос, отыгрываемый вовне.
3. Комппульсивное повторение.

Смещенный перенос

Некоторые теоретики считают, что смещенный перенос — это тот его тип, который чаще всего проявляется в терапевтической группе (Alonso, 1985). Члены группы используют свои истории как способ смещения собственного сопротивления. К примеру, член группы может сказать, что злится на своего отца, тогда как в настоящий момент злится на ведущего. Исторический материал может показаться чрезвычайно богатым, и ведущий окажется перед искушением броситься в погоню за его аффектом, не сумев понять, что именно он сам является актуальным источником проявления последнего. Члены группы могут, кроме того, перемещать свои трансферентные реакции друг на друга, вместо того, чтобы рискнуть продемонстрировать подобные чувства непосредственно ведущему. В крайних случаях это может выразиться в нахождении козла отпущения. Группа начинает направлять свою агрессию не на ведущего, а на одного из участников.

Отыгрывание переноса вовне

Отыгрывание вовне — термин, применение которого терапевтами часто вызывает путаницу. Он обычно используется для описания агрессивного, антисоциального поведения, часто направленного против общества. Это — слишком узкое определение. Отыгрывание вовне — это подлинный феномен переноса. Не говоря о своих чувствах, люди непосредственно разряжают их вместо того, чтобы сублимировать. Разозлившись, они пропускают сессию или кричат на ведущего. Кроме того, они могут его идеализировать. Когда приходит неизбежное разочарование, они отыгрывают свой гнев, а не говорят о чувствах разочарования или фрустрации.

Отыгрывание вовне действительно является формой коммуникации. Несмотря на то, что некоторые видят в нем форму сопротивления, это не столько сопротивление переносу, сколько перенос как таковой, потому что оно имеет коммуникативное значение. Раньше определение отыгрывания содержало в себе неподтвержденное избыточное акцентирование моторных действий. В действительности, отыгрывание вовне включает в себя нечто большее, чем только поведение. Сюда включается также мышление и переработка информации. В таком контексте отыгрывание вовне часто приводит к тому, что члены группы или делают по отношению к ведущему то, чего они желали бы в свой адрес, или то, чего они боятся по отношению к себе. Они с любовью относятся к ведущему, поскольку хотели бы того же от него, или атакуют ведущего, потому что боятся, что тот нападет первым.

Бланк и Бланк (1974) определяют отыгрывание вовне как «поведение, мотивируемое бессознательными, объектно-направленными фантазиями, подавленными эго» (стр.101). Кернберг (1975) видит тесную связь отыгрывания вовне с отношениями между пациентом и терапевтом. Он пишет: «Пациент может стремиться к действиям, направленным на терапевта, вместо того, чтобы размышлять о своих чувствах по отношению к последнему» (стр.85). Отыгрывание вовне, в классическом смысле, — это разрядка напряжения влечения, достигаемая такой реакцией на нынешнюю ситуацию, как если бы это была та самая изначальная ситуация, что впервые вызвала это влечение. Термин «перенос» применяется, если отношение или поведение появляется как реакция на некоторых определенных людей. Он называется отыгрыванием вовне (в собственном значении этого слова), если применяется неразборчиво.

Структура характера человека является примером хронического и привычного паттерна отыгрывания вовне, развившегося в результате конфликта между инстинктивными требованиями и фрустрирующим внешним миром. Алкоголики и наркоманы, вследствие своей склонности использовать характерологические паттерны для самозащиты, будут избыточно использовать в терапии отыгрывание вовне. Групповая терапия, благодаря природе ее регрессивной тяги, вызовет отыгрывание вовне даже у тех индивидов, которые обычно к нему не склонны.

Среди ведущих групп существует общее согласие о том, что отыгрывание вовне скорее произойдет в терапевтической группе, нежели в индивидуальной терапии. Вдобавок, оно более вероятно у химически зависимых пациентов. Бесполезно запрещать его. Скорее, ведущий группы должен использовать его в качестве информации. Величина или характер отыгрывания вовне зависит не только от композиции группы, но также и от сознательных и бессознательных установок ведущего.

Распространенные типы переноса, отыгрываемого вовне

Кохут, говоря о нарциссическом переносе (1977а), описывает три распространенных типа характерологического переноса, отыгрываемого вовне. Это идеализирующий, зеркальный перенос и перенос слияния (см. Главу 6).

Идеализирующий перенос

Происхождение идеализирующего переноса обусловлено потребностью маленького ребенка иметь надежные, безопасные отношения с сильным родителем, чтобы чувствовать себя надежно и безопасно. Родитель идеализируется и воспринимается как более могущественный и сильный человек, чем он (она) есть на самом деле — как средство, дающее ребенку возможность отражать вторгающиеся в его мир страхи, тревоги и угрозы, исходящие от его окружения.

Идеализация может также принять форму идеи или идеалов. Идеалами могут быть цели, которых ребенок стремится достичь и с которыми идентифицируется здоровым образом. Детское чувство собственной ценности зачастую связано с идеями о достижениях и признании. По мере того, как ребенок растет, это чувство перерастает в зрелую способность гордиться и уважать себя. Идентичность уже установилась, а способность удовлетворять самость интернализирована. Если этот процесс успешно реализован, ребенок вырастет во взрослого, которому для ощущения безопасности не нужно будет обязательного присутствия рядом кого-нибудь сильного, как не нужно будет и идеологической причины.

Люди, выросшие в окружении, лишившем их идеализированного другого, будут постоянно искать его в своей взрослой жизни. Они будут стремиться к сильным лидерам, благим, праведным делам или к жестким системам верований, чтобы чувствовать себя в безопасности. В более патологических случаях они могут оказаться жертвой харизматического религиозного лидера, предоставляющего им ригидную, предсказуемую систему верований, которая будет защищать их до той поры, пока они подчиняются всем правилам. В других случаях подобные депривированные индивиды будут приверженцами политических систем с авторитарным лидером или же, на менее драматическом уровне, выберут себе сурового и контролирующего супруга. Поскольку они не позволяют себе видеть других такими, какими те на самом деле являются, то они искажают свое восприятие, стремясь сфокусироваться только на силе или иных достойных восхитения чертах другого человека. Это те пациенты, которые идеализируют своего терапевта, видя в нем полное совершенство. Они чувствуют себя уверенными только в присутствии терапевта. Для того, чтобы защитить свою потребность видеть лидера сильным, они не будут позволять себе видеть недостатки тех людей, от которых они зависят.

Ялом (1985) приводит превосходный пример подобного идеализирующего переноса в отрывке из «Войны и мира» Л.Толстого. Героя, Ростова, захлестывают эмоции в присутствии своего идеализированного лидера — царя:

«...он весь был поглощен чувством счастья, происходящего от близости государя. Он чувствовал себя одною этою близостью вознагражденным за потерю нынешнего дня. Он был счастлив, как любовник, дождавшийся ожидаемого свидания. Не смея оглядываться во фронте и не оглядываясь, он чувствовал восторженным чутьем его приближение. И он чувствовал это не по одному звуку копыт лошадей приближавшейся кавалькады, но он чувствовал это потому, что по мере приближения все светлее, радостнее и значительнее и праздничнее делалось вокруг него. Все ближе и ближе подвигалось это солнце для Ростова, распространяя вокруг себя лучи кроткого и величественного света, и вот он уже чувствует себя захваченным этими лучами, он слышит этот голос — этот ласковый, спокойный, величественный и вместе с тем столь простой голос... И Ростов встал и пошел бродить между костров, мечтая о том, какое было бы счастье умереть, не спасая жизнь (об этом он и не смел мечтать), а просто умереть в глазах государя. Он действительно был влюблен и в царя, и в славу русского оружия, и в надежду будущего торжества. И не он один испытывал это чувство в те памятные дни, предшествовавшие Аустерлицкому сражению: девять десятых людей русской армии в то время были влюблены, хотя и менее восторженно, в своего царя и в славу русского оружия». (Л.Н.Толстой, «Война и мир», Москва, «Художественная литература», 1979, стр.320,324; в оригинале цит. по «Ялом, 1995», стр.195-196).

В некоторых случаях идеализирующие пациенты заходят довольно далеко, лишь бы продолжать видеть в терапевте человека, не делающего ошибок. Зачастую для них слишком страшно увидеть его существом, которому свойственно ошибаться. Это проявляется также и во внегрупповых отношениях пациентов. К примеру, именно поэтому они часто выбирают себе в мужья или в жены абсолютное «не то». У них есть склонность воспринимать лишь идеализированные хорошие черты своих партнеров, и они неспособны видеть более негативные стороны личности избранника. И как только осознание того, что человек представляет собой в действительности, начинает со временем до них доходить, они чувствуют себя разочарованными и преданными. Описание случая из практики поможет проиллюстрировать, на какую степень идеализации способен пациент во имя сохранения незапятнанным образа «идеального другого».

Фред, тридцатилетний бухгалтер, демонстрировал интенсивный идеализирующий перенос на своего ведущего, и яростно защищал того от критики со стороны других членов группы. Кроме того, Фред непрерывно смотрел на ведущего, ожидая с его стороны одобрения, всякий раз, когда брал слово в группе. В моменты замешательства Фред действительно спрашивал у него: «Что же я сейчас чувствую?» В конце концов, после очень болезненного эмпатического провала терапевта Фред взорвался, разразившись гневной тирадой, обвиняющей того в неспособности понять природу дискомфорта Фреда. Не в силах вынести осознание того факта, что ведущий может ошибаться или заблуждаться, Фред был сражен своим разочарованием и отреагировал нехарактерной для себя яростью. После того, как взрыв прошел, другие члены группы поздравили Фреда, похвалив его ассертивность, поскольку впервые увидели, что он способен не только с готовностью исполнять требования ведущего, но и на что-то иное. Ближе к концу группы ведущий также выразил свою поддержку нехарактерного для Фреда вызова. На следующей сессии Фред заявил терапевту, что обдумывал инцидент в течение недели и пришел к выводу, что ведущий специально сделал ту ошибку. Фред сказал, что, «тщательно все продумав, обнаружил», что ведущий в действительности сделал это, чтобы спровоцировать Фреда на гневную реакцию, поскольку ведущий знал, что это будет хорошо для него. После чего Фред поблагодарил терапевта за мастерство и дальновидность в применении такой творческой стратегии. Потребность Фреда в сохранении нетронутым образа ведущего как идеализированного другого была столь велика, что он проделал ряд изощренных интеллектуальных кульбитов, пока не удостоверился в том, что его ошибка воспринимается как хорошо спланированная и рассчитанная стратегия. Такой же была дилемма Фреда и вне группы. Он постоянно пропускал шансы продвинуться по службе из-за своей склонности делиться хорошими идеями с шефом, открыто эксплуатировавшим его. Фред же не мог увидеть шефа не таким, каким хотел бы, чтобы тот был.

Зеркальный перенос

Если дети в период эмоционального развития не получают безусловного восхищения и признания со стороны некритичных матери или отца, то в своей взрослой жизни они будут постоянно искать этого подтверждения. Подобные индивиды будут требовать отношений с таким другим, который стал бы согласным и отражающим зеркалом. Они будут требовать постоянной реакции на себя, восхищения и подтверждения. Они вынуждены во взрослой жизни вечно искать во внешнем мире того, чего им не хватило в детстве в мире внутреннем. Другой человек становится для них тем, что Кохут называет Я-объектом. Часто они становятся весьма успешными людьми, которых навязчиво влечет известность, признание и восхищение других. Они будут расцветать от признания и чувствовать себя обездоленными, пустыми и истощенными, если признание и восхищение не приходит. Если их чувство важности оказывается под угрозой или же не вознаграждается немедленно, они нарциссически травмируются и впадают в ярость, или же становятся крайне подавленными. Для иллюстрации подобной проблемы переноса приведем случай из практики.

Том, тридцатилетний кокаинист, проходил одновременно групповую и индивидуальную терапию. Он расцветал на индивидуальных сессиях, потому что все время и энергия фокусировались исключительно на нем. Он буквально начинал каждую индивидуальную сессию, спрашивая терапевта, как он сегодня выглядит. Он искал и стремился к подтверждению со стороны терапевта, ему надо было слышать, что он в порядке. Во многом подобно человеку, стоящему перед зеркалом, чтобы убедиться, что осанка у него прямая, Том точно так же вставал перед терапевтом. И если ему хватало необходимого отзеркаливания в индивидуальной терапии, то гораздо больше сложностей он испытывал в группе. Другие члены группы уставали от его настойчивого желания говорить о себе каждую сессию. Том очень неохотно делил с другими место «под софитами» группы, и это привело однажды к кризису, когда вопиющая очевидность его нежелания отказываться от «своего времени» в группе, несмотря на то, что две самые поддерживающие его обычно участницы испытывали в тот момент острый эмоциональный дискомфорт, стала видна остальным. Поскольку для этих двух женщин было нехарактерно подобное видимое огорчение, так же как и их просьба уделить им время группы, другие участники разозлились на Тома за его бесчувственность. Поведение Тома было особенно провокативным для группы, поскольку обе эти женщины оказывали ему раньше постоянную поддержку. Том оказался неспособен вынести реакцию группы и в конце концов отказался возвращаться в нее, заявляя: «Я не хочу быть участником группы, которая не собирается давать мне поддержку. Мне хватает этого и в реальном мире».

Перенос слияния

Еще один вариант нарциссического переноса называют близнецовым переносом, альтер эго или переносом слияния. Он характеризуется убеждением пациента в том, что все в группе или такие же, как он, или похожи на него. В некоторых случаях члены группы ожидают даже, что психологическая структура ведущего будет такой же или очень похожей на их собственную. Этот феномен объясняет то неловкое чувство, которое каждый из нас испытывает в чужом окружении, как бывает при первой поездке за границу. По контрасту, перенос слияния объясняет тот комфорт, который мы испытываем в присутствии людей, которых воспринимаем как себе подобных.

У наиболее задержавшихся в развитии участников группы перенос слияния будет проявляться в их отказе видеть других членов группы отличными от себя. Они будут протестовать против любых попыток дифференциации членов группы, настаивая на том, что «мы все похожи» или «мне все одинаково приятно здесь в группе». Если ведущий не бросает вызова такому трансферентному искажению, то члены группы будут продолжать скрывать свои индивидуальные различия за фасадом вынужденного согласия и притворного сходства. Они никогда не поймут, могут ли они рискнуть по-настоящему быть самими собой с другими людьми. Если это не изменится, группа станет общей иллюзией, в которой каждый втиснут в рамки одинаковости и равенства. Задача ведущего — противопоставлять личные истории отдельных членов группы и снова и снова указывать на их различия. Цель — постепенно сдвинуть участников от «мы» к «Я». Каждый член группы должен прийти к осознанию того, что индивидуация и сепарация не несут в себе никакой угрозы.

Компульсивное повторение

Компульсивное повторение — это тот феномен переноса, который, скорее всего, возникнет в группе первым (Rutan, 1983) и будет проявляться в групповом взаимодействии здесь и сейчас. Посредством его проявления члены группы будут пытаться отменить то, что было сделано, но осталось незавершенным в их прошлом. Это касается и повторения переживания. Для человеческого поведения в целом характерна общая тенденция к постоянному повторению болезненного опыта, и к тому, чтобы любое незавершенное, нецелостное переживание мучительно преследовало нас. Повторное действие во взрослом состоянии обычно бывает самопораженческим, но подспудный мотив, предположительно, состоит в том, что индивидуум стремится переделать заново изначальную травму в надежде, что сможет с нею справиться.

В крайнем проявлении это происходит с детьми, выросшими в доме алкоголиков. Пример поможет прояснить этот пункт.

Будучи докторантом и завершая свою выпускную работу, я работал неполный рабочий день консультантом и вел прием в местном центре лечения алкоголизма. Однажды поздним вечером, около полуночи, я сидел один в своем кабинете, разбирая записи, когда зазвонил телефон. Такой поздний звонок был необычным явлением, поскольку в агентстве была организована специальная служба, отвечающая на все звонки после полуночи. Поскольку телефон продолжал звонить еще и еще, какой-то импульс, похожий на прилив любознательности, заставил меня снять трубку. Это было совсем не похоже на меня, но я чувствовал, что не могу не узнать, что заставляло человека на другом конце провода настойчиво продолжать держать трубку, когда на звонок так долго не отвечают.

Поскольку я ожидал услышать человека в состоянии интоксикации, меня поразили мягкий, нежный и кроткий голос взволнованной женщины. Она говорила, и в словах ее слышалась глубокая грусть — тот тип грусти, что появляется после долгой борьбы, в которой человек обнаружил некую неприятную правду о самом себе. Я вежливо проинформировал ее о том, что агентство уже закрыто, но что я охотно дам ей другой номер телефона, если речь идет о необходимости срочной помощи. Она мягко согласилась, сказав, что сможет подождать до утра, и вежливо дала мне понять, что позвонит снова на следующий день. Я был готов уже повесить трубку, когда она поинтересовалась, не могу ли я оказать ей любезность и ответить на один вопрос, который мучает ее сейчас. Поскольку в ее голосе звучала боль страдающей души, тихо бьющейся над каким-то очень личным и очень значимым вопросом, я быстро дал согласие, сказав, что попробую. Она сделала паузу, а потом с полнейшей искренностью спросила: «Мой теперешний муж — алкоголик, мой первый муж был алкоголиком, и мой отец был алкоголиком. Может быть, что-то не так со мной?» Меня глубоко потрясла искренность ее вопроса. Неспособный на мгновенный ответ, я молчал, и в голове у меня сложился образ молодой взволнованной женщины, сидящей в одиночестве за кухонным столом далеко за полночь, моля об ответе на беспокоящий ее вопрос. Ответа и не требовалось, поскольку весь груз прошлого, накопленный за долгие годы, уже обрушился на нее в суровом осознании того, что повторяющаяся природа ее бессознательной компульсии уже обрисовала вполне определенный и болезненный паттерн ее жизни.

Эта женщина, как и многие другие взрослые дети алкоголиков, — превосходный пример человека, захваченного в плен компульсивным повторением. Вот почему столь многие дети, выросшие с родителем-алкоголиком, пренебрегают логикой и продолжают, повзрослев, вступать в брак с алкоголиками или выбирать партнеров-алкоголиков. На эмоциональном уровне, приостановленном в развитии, они чувствуют себя ответственными за семейный хаос. Если бы только они смогли помочь Папочке прекратить пить, все было бы хорошо. Поскольку они не смогли исправить Папу, может быть, они смогут вновь, по-другому, попробовать сделать это с супругом. Первоначальный травматический опыт (алкоголизм отца) ведет их к повторению этого опыта в своей взрослой жизни в надежде на то, что на этот раз они справятся.

Осознание этого процесса остается глубоко подавленным, поскольку компульсивное повторение, как и большинство феноменов переноса, бессознательно. Многие взрослые дети, «закончившие» брак с алкоголиком, будут протестовать, говоря, что их супруги начали пить лишь после многих лет брака. Их притягивают личностные структуры супруга и желание их изменить, а не само по себе пьянство.

Поскольку компульсивное повторение будет проявляться в здесь-и-теперь группового взаимодействия, ведущий должен лишь наблюдать за интеракциями членов группы, чтобы расшифровывать личную историю каждого. Каждый из участников будет проявлять свои особенные идиосинкратические искажения переноса в группе. Те, у кого в жизни есть трудности с гневом, будут такие же трудности с гневом испытывать и в группе. Те, кто выгодно использует людей в жизни, будет также использовать членов группы. Участники группы будут проигрывать свою незавершенную травму прошлого в настоящем. Задача ведущего — постоянно указывать на искажения членов группы, замеченные сейчас, и заставлять их изучать в деталях те многочисленные способы, с помощью которых они, повторяя, сохраняют свое прошлое в настоящем.

Злоупотребление переносом

Ведущий группы должен внимательно следить за тем, как он обращается с переносом в группе. Интерпретации часто могут использоваться как средство защиты и дистанцирования от группы. Интерпретации переноса полезны только тогда, когда они исходят из эмпатической связи с группой. Фрейд писал об опасности бросания пациенту в лицо интерпретаций в том случае, когда они используются терапевтом для защиты от собственного дискомфорта. Интерпретации никогда не должны служить цели создания впечатления о превосходстве терапевта. Как только ведущий пытается приподняться над группой, он покидает ее.

Терапевт должен быть уверен, что в тех случаях, когда он решает продемонстрировать группе свое осознание феномена переноса, он не прячется за безопасной терапевтической техникой. Его собственный страх, тревога, гнев или потребность в признании может сквозить через терапевтическую объективность. Случай из практики демонстрирует эту потенциальную проблему.

На десятом часу групповой психотерапии молодая женщина гневно конфронтровала ведущего группы, утверждая, что он деспотичен, равнодушен и отчужден. Работа в группе остановилась, и все ее члены застыли в нерешительности на краешках своих стульев, поскольку это была первая конфронтация ведущего, и группа жаждала увидеть, как он будет отвечать. Наконец, через несколько мучительных секунд, ведущий ответил: «Я напоминаю тебе отца?» Женщина, почувствовав облегчение от возможности уйти от горячего столкновения здесь-и-теперь к безопасности там-и-тогда, быстро согласилась с тем, что это правда, и приступила к исследованию более знакомой области — своих взаимоотношений с отцом. Первоначальный кризис конфронтации был размыт, и вся остальная группа вновь удобно откинулась на спинки стульев, в какой-то степени облегченно вздохнув: этот вопрос можно было решать на менее опасной территории. Несмотря на то, что участники почувствовали облегчение, получив разрешение на уход от открытого выражения гнева в группе, их надули, лишив ценного терапевтического опыта. Фактически, им продемонстрировали, как избегать прямой конфронтации. Тема отношений между этой женщиной и терапевтом была оставлена без внимания. В действительности, она так и осталась неразрешенной и для остальных членов группы на всё оставшееся время групповой работы, ибо ее обвинения были во многом справедливы. Ведущий и в самом деле был деспотичным, равнодушным и отчужденным. Побуждение ее к переходу на отношения там-и-тогда с отцом было мотивировано в гораздо большей степени его собственной потребностью избежать столкновения с болезненной правдой обвинений этой женщины, нежели желанием понять искажения ее переноса. Помните, перенос лишь тогда является переносом, когда он неприменим к настоящей ситуации.

Контрперенос

Ведущий группы, как и любой терапевт, остается человеком, и скорее походит на пациентов, чем отличается от них. Следовательно, у него есть свои собственные реакции переноса. Вдобавок, интенсивный перенос пациента на терапевта может вызвать в последнем много бессознательных откликов, которые могут уменьшать его способность реагировать терапевтически. Это называется контрпереносом. В своем классическом применении термин означает всю полноту эмоциональной реакции терапевта на пациента с полным учетом всей шкалы сознательных, предсознательных и бессознательных отношений, верований и чувств терапевта в результате контакта с пациентом.

Однако, как мы уже упоминали ранее, в настоящее время классическое определение контрпереноса считается слишком узким и ограниченным. Контрперенос указывает на нечто гораздо большее, нежели неспособность терапевта отвечать терапевтически из-за слишком интенсивного переноса пациента. Эмоциональное и бессознательное общение происходит все время в любом близком контакте. Только искусный терапевт может отличить свои собственные чувства и реакции от индуцированных чувств, возможно, бессознательно сообщаемых пациентом. Для того, чтобы полностью понять все возможные прямые и побочные следствия использования индуцированных чувств в лечении, важно изучить некоторые ключевые идеи, имеющие отношение к этому феномену. Как пишет Луис Ормонт (1992): «Худшие терапевты — это те, кто не в контакте с собственными чувствами или же в рабской зависимости от них до такой степени, что чувства диктуют им исполнение» (стр.52).

Совсем не все чувства, которые испытывает терапевт, вызваны пациентом. Способность различить, какие чувства вызывает пациент, а какие отражают собственную эмоциональность терапевта, критична для всех форм психотерапии, а не только в терапии аддикций и групповой терапии.

Определения контрпереноса

1. Фрейдовское раннее определение переноса ограничивало его бессознательным откликом терапевта на перенос пациента. Контрперенос терапевта виделся как бессознательные реакции, мешающие анализу пациента, проводимому терапевтом. Два важных элемента этого определения заключались в том, что контрперенос должен быть бессознательным и должен мешать.
2. Фрейдовское определение было постепенно расширено классической психоаналитической теорией, и стало включать в себя весь репертуар возможных реакций на то, что затронул пациент в терапевте. Контрперенос стал рассматриваться как перенос терапевта на пациента.
3. Контрперенос в конце концов стал считаться индикатором невротических затруднений терапевта. Такую реакцию сочли отражением внутренних проблем терапевта, не являющихся специфически относящимися к пациенту, или обязательно вызванными пациентом. Во многих случаях, трудности терапевта считались специфически относящимися к теме (т.е. секс, гнев, ревность, конкуренция и т.д.) Из-за неразрешенности собственных конфликтов терапевта у него проявляются некоторые невротические реакции, относящиеся к теме, поднятой пациентом).
4. Теория объектных отношений расширила это определение еще сильнее. Контрперенос стал определяться как любой ответ, ставший результатом психологического воздействия, оказанного пациентом на терапевта. Такие ответы или реакции не были обязательно проблематичными для терапии или непременно бессознательными. В своем самом широком определении, контрперенос стал включать в себя все чувства (сознательные и бессознательные) и мысли, пробуждаемые пациентом в терапевте. Часто обращаясь к бессознательному восприятию и эмпатическому процессу, терапевт должен контролировать и анализировать свои собственные бессознательные чувства или ассоциации, возникающие, пока пациент говорит. Внутренние мысли и чувства, навеянные пациентом, рекомендуется использовать при формулировке гипотез о чувствах и бессознательном пациента.
5. Нынешние взгляды на контрперенос учитывают то, что невозможно (а в большинстве случаев — непродуктивно) не откликаться эмоционально на перенос пациента и на его эмоциональные требования. Фактически, терапевт — любой терапевт — будет так или иначе испытывать влияние требований пациента об отзывчивости. Способ, которым терапевт отвечает на определенное эмоциональное требование к нему, особенно если пациент бессознательно провоцирует некое действие (отступление, вознаграждение и т.д.), которое в других условиях не было бы осуществлено, называется предписанием (enactment). Процесс предписания обычно связан с интенсивным бессознательным переживанием, включающим в себя проективную идентификацию и перепроживание терапевтом некоторых аспектов собственного неразрешенного прошлого. Временами мы впадаем в искушение, как предполагает Адлер (1994), считать все эти трудности присущими исключительно «другим терапевтам», которые или получили неадекватную подготовку, или склонны иногда проявлять свою психопатологию. Адлер пишет:

«Важно помнить, что я описываю эти трудности как потенциально присущие всем терапевтам. Было бы легко и приятно верить в то, что у некоторых терапевтов есть такие слабые места, а у других — нет. Однако, даже если между теми, кто никогда не совершает действий, продиктованных подобной уязвимостью, и теми, кто делает это, очевидно, расположен континуум психопатологии, подобные проблемы в той или иной степени существуют у всех терапевтов» (стр.156).

Адлер продолжает объяснением, как важно помнить, что некоторые пациенты, с определенным болезненным прошлым опытом, с большей вероятностью чрезмерно напрягут индивидуальные эмоциональные ресурсы определенных терапевтов, ставя последних в положение, в котором их собственные неразрешенные трудности будут использованы деструктивно по отношению к пациентам. Чтобы лучше понять, как потенциал индуцированных контртрансферентных чувств может быть использован продуктивно, важно познакомиться с понятием проективной идентификации и ее отношением к объективному и субъективному контрпереносу и предписанию в терапии.

Объективный и субъективный контрперенос

Луис Ормонт и другие пытались объяснить связь проективной идентификации с переносом и контрпереносом, сначала устанавливая различие между субъективным и объективным контрпереносом. Субъективный контрперенос — это именно то, что подразумевает термин, а именно субъективная реакция со стороны терапевта на пациента, порожденная собственным прошлым терапевта и его личной идиосинক্রазией. Объективный контрперенос, с другой стороны, относится к чувствам или мыслям, вызванным у терапевта пациентом. Пациент не провоцирует субъективную реакцию терапевта, а, скорее, транслирует некие объективные данные, дающие тому возможность на мгновение проникнуть в его эмоциональную жизнь. Объективный контрперенос предполагает также, что эти навеянные чувства объективны в том смысле, что это то чувство, которое пациент, вероятнее всего, вызывает у большинства людей.

К примеру, если член группы пытается спровоцировать вас и всех остальных в группе так же злиться на него, как его жена и друзья злятся на него вне группы, то можно с уверенностью предположить, что вы имеете дело с объективным контрпереносом. Если вы, как ведущий, обнаруживаете, что вы чересчур заботливы и покровительствуете одному из членов группы, тогда как никто другой в группе не относится к нему подобным образом, то велики шансы на то, что это реакция субъективного контрпереноса.

Субъективный контрперенос

Простое, но емкое определение субъективного контрпереноса звучит так: это любые чувства, когда-либо испытанные терапевтом по отношению к значимым фигурам прошлого, вновь пробужденные переносом пациента или группы. Этот контрперенос может принимать множество разнообразных форм, три типа которых широко распространены:

1. **Позитивный.** Терапевт чувствует слишком сильную любовь, желание защитить и отзывчивость к пациенту. В наиболее серьезных случаях любовь эротизируется или инфантилизирует пациента. В группе наличие любимчиков или избирательная гиперопека терапевта могут способствовать появлению козла отпущения или же вызвать сильное соперничество, конкуренцию и зависть.
2. **Негативный.** Терапевт испытывает слишком сильную ненависть к пациенту или гнев на него. В более тяжелых обстоятельствах это может привести к избыточной конфронтации, неотзывчивости и отсутствию защиты и заботы. Группа может отыгрывать вонне гнев терапевта, и пациент легко может превратиться в козла отпущения или игнорируемый объект.
3. **Нарциссический.** Чувства терапевта не будут относиться к пациенту. Настройка, эмпатия и отзывчивость будут отсутствовать или окажутся неадекватными. Пациент будет служить для собственного удовлетворения терапевта (финансового или личного). Терапевт будет использовать группу как средство добиться подчинения и восхищения от ее членов.

Объективный контрперенос

Объективный контрперенос может быть разделен на две большие категории. Одна из них включает в себя чувства, мысли и действия терапевта, вызванные трансферентными чувствами, мыслями и действиями пациента. Другую категорию составляют его собственные чувства, отражающие его способность к резонансу с чувствами, переживаемыми пациентом в настоящий момент. В первом случае пациент может отреагировать на терапевта или другого члена группы так, как он реагировал на родительские или иные авторитетные фигуры в прошлом. Быть воспринимаемым в качестве холодного, равнодушного и замкнутого человека обычно трудно, особенно если терапевт дал себе обязательство быть теплым, доступным и отзывчивым к другим. Подобная ситуация может усложниться еще более, если терапевту свойственна непомерная потребность нравиться, вызывать восхищение и уважение. Во многих случаях результатом этого может быть внезапное изменение терапевтом своей нормальной терапевтической позиции. Он становится или более вознаграждающим, дабы компенсировать искажения переноса, или более сдержанным, чтобы скрыть свой гнев на пациента за то, что тот судит его несправедливо и ведет себя столь неблагодарно. Как указывает Адлер (1994), терапевт никогда не достигает той стадии развития, на которой он имел бы иммунитет против реакций контрпереноса. Он предполагает, что важно осознавать их, чтобы минимизировать их воздействие на пациента. В статье, исследующей причины того, почему пациенты или преждевременно бросают терапию, или не могут получить никакой пользы от группы, Хар Паз (Har Paz, 1994) предполагает, что личность терапевта, его характер и его контртрансферентные реакции оказываются важным фактором, вносящим в это немалый вклад. Цитируя составленный Яломом (1975) список девяти причин, по которым пациенты прерывают лечение, Хар Паз замечает, что роль терапевта в нем не упоминается. Продолжая, он показывает, что неразрешенные, иррациональные страхи терапевта оказываются главными составляющими неудачи групповой психотерапии. Вейнер (Weiner, 1983), исследуя неудачные случаи групповой психотерапии, предположил, что «самый тонкий и самый потенциально деструктивный фактор — это нарциссическая уязвимость терапевта» (стр.320). Учитывая эту переменную контрпереноса, Хар Паз продолжает предостерегать терапевтов, подчеркивая, как важно хорошо осознавать свою потребность в определенном отношении со стороны пациентов (т.е., потребность нравиться, быть нужным, вызывать восхищение и проч.), если вы хотите, чтобы пациенты получали от вас эффективную психотерапию.

Чтобы помочь предотвратить пагубное влияние контртрансферентных страхов и нарциссической уязвимости терапевта на эффективность лечения, Хар Паз предлагает ответить на следующие вопросы:

1. Являются ли реакции контрпереноса терапевта уникальными в группе?
2. Использует ли терапевт группу для разрешения или отыгрывания вонне собственных сознательных, предсознательных и бессознательных чувств и желаний?
3. Как влияют на терапевтический стиль или уровень активности терапевта его страхи?
4. Какие иррациональные страхи (тревога) активируются и негативно воздействуют на терапевта в условиях группы. К примеру:
 - a. боится ли он близости с мужчинами или женщинами?
 - b. боится ли он авторитета, власти или потери контроля?
 - c. боится ли он открытого, мощного выражения чувств?
5. Какой тип страха или тревоги доминирует в психологической организации терапевта — страх быть покинутым или страх быть поглощенным? (1994, стр.7)

Что касается второй категории индуцированных реакций контрпереноса, то способность терапевта резонировать с бессознательными эмоциональными сообщениями пациентов будет, при правильном использовании и применении, важным источником информации. Именно в рассмотрении области бессознательной эмоциональной коммуникации становится важным хорошо понять концепцию проективной идентификации.

Проективная идентификация

Проективная идентификация включает в себя как межличностные, так и внутриспсихические компоненты. Проективная идентификация в основе своей отличается от проекции, поскольку существует лишь в контексте взаимодействия между двумя или более индивидами, тогда как проецировать можно и в одиночестве, и проекция вовсе не обязательно присутствует в аутентичных личных отношениях. Проективная идентификация требует как проецирующего, так и воспринимающего. Чем меньше защит у воспринимающего, т.е. чем более открытым, эмоционально близким и восприимчивым оказывается воспринимающий к проецирующему, тем менее он будет способен избежать «принятия на себя» его проекции. Огден (1982) предположил, что этот процесс легче понять, если разбить его на три последовательные фазы (см. таблицу 13.1)

Как предполагает Огден, воспринимающий всегда находится под некоторым эмоциональным давлением, заставляющим его переживать и принимать на себя проекцию. Проецирующий испытывает потребность избавиться от эмоции или некоей части себя, поскольку не переносит ее и не может ни присвоить, ни контейнировать. Так что он проецирует ее на другого, и вынуждает этого другого пережить ее и вернуть назад, как подтверждение ожиданий проецирующего. Например, поскольку проецирующий уже чувствует себя отвратительным и бесполезным, он не может вынести чувства, подтверждающего его представления о том, насколько он плох (т.е., «Хорошие люди не злятся. Я хороший человек, поэтому я не могу злиться. Похоже, это ты злишься, поскольку я чувствую это!»). Воспринимающий в этом случае вынужден вместить это и отыграть вовне с проецирующим, таким образом подтверждая его ожидания (т.е., «Видишь, я был прав, ты злишься, ты ненавидишь меня и считаешь, что я плохой!»). Огден пишет об этом процессе с точки зрения теории объектных отношений:

«В соответствии с этой бессознательной проективной фантазией происходит межличностное взаимодействие, посредством которого воспринимающий побуждается думать, чувствовать и вести себя в манере, конгруэнтной с изгнанными чувствами и Я- и объект-репрезентациями, воплощенными в проективной фантазии». (1982, стр.2)

Однако, проективная идентификация — нечто гораздо большее, нежели защита. Огден определяет три другие важные функции, которые она выполняет: 1) коммуникация, 2) связь с объектом и 3) путь к психологическому изменению. Последние три функции, если их правильно понимать и использовать, обеспечивают терапевта значимой терапевтической информацией. (См. табл. 13.2)

Проективная идентификация как коммуникация

Проективная идентификация, правильно понятая и использованная, может снабдить терапевта значимой информацией о пациенте.

Таблица 13.1. Фазы проективной идентификации по Огдену

1. Вытеснение части себя и помещение ее в кого-нибудь другого, где она будет содержаться.
2. Давление на другого человека с целью заставить ее пережить.
3. Получение этой части обратно от другого.

Таблица 13.2. 4 функции проективной идентификации по Огдену

1. Защита — дистанцироваться от нежелательной части и поддерживать эту часть живой в ком-нибудь другом.
2. Коммуникация — стать понятным посредством нажима на воспринимающего, заставляя того переживать сходный с собственным набор чувств.
3. Связь с объектом — взаимодействовать с воспринимающим, будучи достаточно отделенным, чтобы получить проекцию, но достаточно недифференцированным, чтобы было возможно искаженное восприятие и чувство тождественности.
4. Путь к психологическому изменению — быть трансформированным посредством реинтроекции проекции после ее модификации воспринимающим, как это происходит в браке, в отношениях мать-ребенок или пациент-терапевт.

Можно многого добиться, если рассматривать проективную идентификацию как источник эмоциональной коммуникации, повествующий о прошлом опыте человека или его внутренней эмоциональной жизни, отражающей этот опыт. Пациент не только будет сообщать, каково это — быть ребенком склонных к насилию, пренебрегающих им родителей, но также предоставит возможность терапевту почувствовать, что такой родитель мог чувствовать по отношению к пациенту. Следовательно, терапевт может быть вынуждаем пациентом к идентификации или с Я пациента (что обозначается термином конкордантная (согласующаяся) идентификация), или с интернализированным объектом пациента (это называется комплементарной (дополнительной) идентификацией).

Важно помнить, что две формы идентификации (конкордантная и комплементарная), доступные терапевту, предоставляют ему важный источник эмоциональной коммуникации и понимания. Их конечная ценность в том, что они могут повысить способность терапевта к эмпатии. Эмпатия — это оптимальный желательный результат успешной переработки проективной идентификации, ведущий к лучшему эмоциональному пониманию опыта пациента.

Комплементарная проективная идентификация

Комплементарная проективная идентификация обеспечивает терапевта не только возможностью понять, как может чувствовать себя насильник (объект-репрезентация), но и дает терапевту более полное эмпатическое понимание прошлых переживаний пациента. Если, к примеру, терапевт обнаруживает, что очень нетерпеливо относится к хныканью пациента и вынужден бороться с желанием сказать ему: «Хватит уже так себя жалеть!», то велики шансы на то, что эта комплементарная идентификация раскрывает то, какими пациент воспринимал родителей в детстве. Большая эмпатия и понимание поможет терапевту откликнуться на то, как, должно быть, трудно было заставить родителей выслушать ребёнка заботливо и с пониманием. Вместо того, чтобы поддаться давлению и отыграться, критикуя пациента, терапевт сможет ощутить резонанс с его переживанием.

Конкордантная проективная идентификация

В своей простейшей и чистейшей форме конкордантная проективная идентификация представляет собой способность терапевта непосредственно испытывать чувства, очень похожие на чувства пациента. Во многом так же, как в психологии Я действует нечто, называемое замещающей интроспекцией и эмпатией, то есть способность терапевта точно резонировать с переживанием другого человека, конкордантная проективная идентификация передает те же настроения. Это синоним эмпатии, по крайней мере, в том виде, как определяет этот термин психология Я. Эмпатия описывается как внутренний опыт разделения с другим и постижения преходящих эмоций и психологического состояния другого человека. Эмпатический опыт характеризуется чувством гармонии и близости с пациентом, а также позитивным вниманием и благорасположением. В своем самом кратком определении эмпатия — не совсем то же, что конкордантная идентификация, но она является оптимальным возможным результатом успешной переработки терапевтом индуцированного внутреннего опыта. Это — знание того, как чувствует себя Я по отношению к интернализированному объекту.

Связь с объектом

Многие алкоголики и аддикты, особенно те, кто находится на ранних стадиях выздоровления и те, у кого имеется серьезная патология характера, будут трудно поддаваться лечению из-за чрезмерного использования проективной идентификации как защитного процесса. Чем ближе и глубже становятся отношения, тем скорее будут активизированы в настоящем внутренние Я- и объект-репрезентации, сформированные в результате ранних отношений в прошлом. Реакции переноса и контрпереноса, если должным образом управлять ими, позволяют построить мост между прошлым и настоящим. Переплетения переноса и настоящих отношений, прошлых и нынешних, тебя и меня зачастую неясны даже самому умелому терапевту. К счастью, терапевт в подобных обстоятельствах способен выносить двойственность, присутствующую и в любых реальных, аутентичных отношениях, но гораздо более интенсивную в отношениях зависимых, какие формирует пациент с терапевтом. Не важно, как сильно терапевт старается установить равные и неавторитарные отношения, этого избежать невозможно. Пока пациент приходит в его кабинет или в больницу, где он работает, и оплачивает сеанс, или же терапевт еще каким-то образом финансово выигрывает, оказывая подобную услугу, отношения не являются равными.

Способность выносить двойственность отношений, особенно терапевтических — это то, чем многие пациенты не обладают. Индивиды, не имеющие адекватного запаса хороших интроекций или хороших внутренних Я-репрезентаций, не способны выносить сильной двойственности. Обычно у них не было достаточно отзывчивых или защищающих отношений с надежными родителями. Следовательно, они будут склонны переживать любую двойственность со стороны терапевта (т.е. эмпатические провалы, плохую настройку, отвлечение внимания, запаздывание и т.д.) как еще одну неудачу в получении защиты или как свидетельство отсутствия интереса к своей персоне.

Путь к психологическому изменению

Лишь в том, что касается четвертой функции, задача терапевта становится ясной и решающей. Воспринимающий должен вернуть проекцию проецирующему, но не в той изначальной форме, в которой ее получил. Поскольку целью проецирующего является избавление от некой части самого себя, которую он не в силах выносить, проекция должна быть возвращена получателем в переваренной форме, которую проецирующий в состоянии выдержать. Терапевт должен контейнировать и обезвредить чувство, прежде чем возвращать его назад в той форме, в какой пациент сможет вынести и интегрировать его в свой опыт. Порой это требует, чтобы терапевт не слишком быстро реагировал на аффект, «швыряя интерпретации» в проецирующего. Контейнирование, детоксикация и переваривание чувств перед тем, как помочь проецирующему понять их или извлечь смысл из происходящего, требует некоторой осмотрительности со стороны терапевта.

Трехшаговая процедура может внести ясность в этот процесс:

1. Во-первых, терапевт должен прилагать все усилия, чтобы не защищаться и не критиковать пациента, переживая опыт восприятия себя в невыгодном свете, по крайней мере временного.
2. Во-вторых, терапевт должен обладать способностью справляться с таким переживанием, каким бы дискомфортным оно ни было, не считая его невыносимой угрозой для самооценки, для чего требуется преобладание позитивной Я-репрезентации, внутренне доступной терапевту.
3. В-третьих, терапевт должен быть способным понимать, что индуцированное переживание временно и является симптомом проективной идентификации.

Для того, чтобы этот процесс стал понятнее, приведем некоторые примеры, показывающие полезные способы ответа на проективную идентификацию пациента. К примеру, одна из женщин в группе, чей муж только что сорвался, неистово атакует терапевта, произнесшего двусмысленную фразу об обвинении и ответственности. Вместо того, чтобы ответить немедленно, терапевт передает ей в своей реакции признание в том, что он полностью понимает ее гнев и то, как его утверждение могло прозвучать обвинением для нее. Затем терапевт может рискнуть проинтерпретировать произошедшее с точки зрения переноса или контрпереноса.

1. Сообщение, базирующееся на переносе:

«Несмотря на тот факт, что, судя по всем внешним признакам, Вы сильно разозлились, я не могу не чувствовать, что каким-то образом Вам гораздо комфортнее сейчас разозлиться на меня, чем остаться с тем, как Вы напуганы и опустошены срывом мужа».

2. Сообщение, базирующееся на контрпереносе:

«Я чувствую, словно меня втягивают в ссору, и именно сейчас, когда срыв Вашего мужа кажется слишком неотложной темой. Как по-Вашему, это из-за него?»

«Вы кажетесь мне сегодня готовой к битве. У Вас есть какие-нибудь идеи, отчего бы это?»

«Я чувствую слишком большое напряжение в воздухе, и мне не кажется, что мы понимаем, откуда оно».

В других подобных обстоятельствах ведущий может не суметь сразу идентифицировать или понять источник переносного гнева того или иного члена группы, как это было в случае со срывом мужа пациентки в предыдущем примере. В таких обстоятельствах задачей ведущего будет контейнировать трансферентное чувство и признать его таким способом, чтобы члены группы чувствовали себя услышанными, однако не передавая одобрения тем действиям, которые они совершают по отношению к терапевту. Пациенты должны не только быть уверенными в том, что терапевт не будет мстить, но они должны также знать, что терапевт не простак и не слабак, чтобы его напугал их гнев. Пример:

«Я хочу, чтобы вы видели во мне слабого, неэффективного, холодного, жестокого и какого угодно еще терапевта до тех пор, пока мы не проработаем это».

«Я разгневан и недоволен тем, как Вы обращаетесь со мной сейчас, но я не собираюсь наказывать Вас или нападать на Вас из-за этого. Мне бы хотелось оставить все это сейчас, чтобы Вы побыли с этим, пока мы не найдем решения».

Аддикция и контрперенос

Контрперенос — важная тема для всех терапевтов, но он чаще всего является самой большой проблемой для тех, кто работает с алкоголиками и наркоманами, из-за интенсивных чувств враждебности, гнева, неуважения и недоверия, которые подобные пациенты часто провоцируют в других. В то время как контрперенос может проявляться у терапевтов, которые используют пациентов в качестве источника собственного удовлетворения или удовольствия, все же наибольшие трудности для ведущих создают негативные эмоции. Имхоф, Хирш и Теренци (Imhof, Hirsch, Terenzi, 1984) предупреждают тех, кто работает с подобными пациентами о том, что надо весьма осторожно обращаться с интенсивными чувствами, которые алкоголики и наркоманы вызывают в ходе лечения. Они пишут:

«Злоупотребляющий наркотиками пациент, с его чувством никчемности, ненависти к себе и деструктивной яростью, встречается со своей противоположностью — «хорошим» терапевтом, «образцом добродетели», фактически всем тем, чем не является пациент. В результате дихотомия хороший-плохой оказывается серьезной угрозой эго-идентичности пациента, и первой задачей психики пациента становится переворачивание этого соотношения. А точнее, пациент (бессознательно) начинает применять любую доступную ему стратегию, чтобы спровоцировать, дезориентировать, унижить и обмануть терапевта — по сути, сделать терапевта больше похожим на себя, или даже хуже себя. Без одновременного присутствия у терапевта как навыков, так и понимания задействованных динамик, включая свои собственные установки и контрперенос, лечение окажется недолгим, хотя возможные негативные результаты слишком часто вменяются в вину лишь одному пациенту» (1984, стр.26).

Без ясного осознания возможных реакций контрпереноса терапевт вскоре обнаружит, что клиническое вмешательство в проблемы пациента с алкогольной или наркотической зависимостью практически невозможно. К тому же, негативный перенос может быть отыгран вовне в производных формах. Терапевтам, которые постоянно опаздывают, сокращают свои сессии, фантазируют во время лечения, дремлют или не перезванивают пациентам вовремя, возможно, необходимо тщательно взвесить причины такого поведения, поскольку велики шансы на то, что они находятся под влиянием бессознательных чувств к своим пациентам.

Имхоф, Хирш и Теренци (1984) перечисляют шесть обычных реакций контрпереноса, вызываемых пациентами-алкоголиками или наркоманами. Они указывают на то, что иногда эти реакции могут быть открытыми и явными, а в другое время — замаскированными.

1. Терапевт может принять на себя роль хорошего родителя, который спасает плохого, импульсивного ребенка. Терапевт может стать слишком вовлеченным, защищающим, материнским, вседозволяющим и слишком питающим, в надежде, что источаемая им «любовь» и «благодать» излечит пациента от употребления наркотиков или алкоголя. Подобно типичным непролеченным членам Ал-Анона, терапевт может поверить, что если он как следует постарается и всё отдаст алкоголику или наркоману, это заставит пациента отказаться от употребления наркотиков или алкоголя из любви к нему.
2. Медика могут непреднамеренно внести свой вклад в аддикцию пациента, прописывая слишком много лекарств. Неверный диагноз или неудачная оценка наркотического потенциала их предписаний может серьезно осложнить проблемы аддикта. Ощущение собственной ничтожности алкоголика или наркомана может вызвать у доктора контрпереносную потребность сделать для пациента хоть что-нибудь. Отсутствие отклика чем-то конкретным, что могло бы незамедлительно помочь пациенту, может связываться с собственной потребностью доктора быть ценным в качестве человека, способного облегчать страдания других. Такая контртрансферентная потребность быть ценным может сказаться в том, что врач прописывает лекарства даже тогда, когда он сам считает, что это — не самое лучшее для пациента.
3. Терапевт может увлечься замечательным и быстрым выздоровлением зависимого пациента. Он может повестись и поверить в иллюзию показательного излечения, которое произошло благодаря его эффективности и терапевтическому мастерству. В крайнем случае терапевт может даже прийти к мысли о том, что пациент «достаточно хорош», чтобы попробовать контролируемое питье. Неизбежный срыв может заставить терапевта почувствовать себя обманутым, обиженным, разгневанным или «плохим терапевтом», упустившим импульсивного ребёнка.
4. Терапевт может получать заместительное удовлетворение от отыгрывания вовне пациента, и создать альянс под лозунгом «ты и я против всего мира». Терапевты, борющиеся с собственными неразрешенными импульсивными бессознательными фантазиями, могут чрезмерно идентифицироваться с пациентом. Они могут развить установку «только я действительно понимаю тебя», что часто приводит пациента и терапевта к тому, что они «дурачат» друг друга.
5. У терапевта может развиться часто упоминаемый синдром «выгорания». Он может стать бесчувственным и равнодушным к своим пациентам. Вместо заботы терапевт использует различные защитные механизмы, с мыслями распространенными из которых являются замкнутость, нарциссическое дистанцирование, скука или злость.
6. Стереотипная классификация терапевтом своих пациентов, зависимых от алкоголя или наркотиков, может привести к тому, что он будет видеть в них не более чем «торчков» и «пропойц», которых ничто и никогда не изменит.

Саморефлексия и самоанализ ведущим своего собственного участия и воздействия на терапевтические отношения и результат лечения всегда необходим, если ведущий хочет увеличить эффективность своей работы в группе. Причиной неудачи в лечении алкоголиков и аддиктов слишком часто считают собственную психопатологию пациентов, а не негативные производные взаимодействия пациент-терапевт. Если ведущий группы собирается избежать собственных деструктивных контртрансферентных воздействий, он должен быть эмоционально и когнитивно восприимчивым к получению, распознаванию и анализу интенсивных чувств, генерируемых большинством химически зависимых пациентов.

Имхофф, Хирш и Теренци (1984) дают пять рекомендаций ведущему для минимизации потенциальных последствий деструктивного контрпереноса.

Поле лечения зависимостей уникально своим использованием бывших пациентов (т.е., выздоравливающих алкоголиков и наркоманов) в качестве помощников в лечении. Во многих случаях этим обеспечиваются многочисленные преимущества лечения (т.е., идентификация, альянс, альтруизм и т.п.) В других случаях подобная помощь может оказаться пагубной. Выздоровливающие алкоголики или наркоманы могут склоняться к использованию формата, идентичного тому лечению, которое помогло им самим. В таких случаях установка «что сработало для меня, поможет и тебе» может привести к неразумным терапевтическим ожиданиям. В некоторых случаях больший акцент может быть сделан на предшествующем клиническому обучению личном опыте. Важно понять, что ничто не может заменить хороших, солидных клинических навыков, будь терапевт выздоравливающим аддиктом или никогда не страдавшим от этой проблемы человеком. Выздоровливающий, прошедший хорошее клиническое обучение, может предложить гораздо больше, чем терапевт, который или только выздоравливает, или только прошел клиническое обучение.

Личная терапия — очень важный вклад в обеспечение качественного лечения. Это особенно важно в области групповой терапии. Ведущий, по собственному опыту знающий, что такое находиться по другую сторону на терапевтической сессии, будет более чувствительным к темам, которые, скорее всего, проявятся в группе. Ялом (1985) пишет о важности опыта группового тренинга:

«Такой опыт может предложить обучающемуся многое из того, что иначе не доступно. Студент способен познать на эмоциональном уровне то, что он мог ранее знать лишь интеллектуально: он чувствует власть группы, ее силу ранить или исцелять; он научается тому, как важно быть принятым группой; он узнает, что в действительности влечет за собой самораскрытие, и как трудно раскрыть свой тайный мир, свои фантазии, свою уязвимость, свои чувства враждебности и нежности; он начинает ценить свою собственную силу и слабость; он понимает, какова его собственная любимая роль в группе; и, возможно самое поразительное, он понимает роль ведущего, осознавая свою собственную зависимость и свою собственную нереалистическую переоценку власти и знаний последнего» (стр.523)

Имхофф, Хирш и Теренци разделяют это мнение о личной терапии, когда пишут:

«Мы поддерживаем мнение о том, что только путем исследования собственного эмоционального развития терапевт может наиболее эффективно распознать, вытерпеть и начать классифицировать бесконечное количество контртрансферентных и установочных соображений, сопровождающих лечение подобных пациентов» (1984, стр.29).

Клиническая супервизия, особенно в области злоупотребления алкоголем и наркотиками, существенно важна, если терапевт собирается успешно справиться со всеми своими контрпереносными реакциями, которые, скорее всего, пробудят в нем подобные пациенты.

Требуется длительное обучение. Ведущие групп должны продолжать свое знакомство и постоянно расширять понимание многофакторного влияния алкогольной и наркотической зависимости.

Необходима постоянная оценка собственных личных ценностей и отношения к индивидам, злоупотребляющим химикатами или аддиктивным. Это означает также, что терапевт должен тщательно контролировать собственное отношение к своему употреблению алкоголя или наркотиков. Терапевты, для «развлечения» употребляющие марихуану или кокаин, непригодны для лечения людей с проблемами, связанными с алкоголем или наркотиками. Это становится еще более проблематичным из-за того, что и кокаин, и марихуана запрещены. Моральные и этические аспекты подобной позиции являются важными составляющими лечения. Другая крайность — терапевты, по религиозным причинам воспринимающие употребление алкоголя или наркотиков как моральную проблему. Они должны тщательно определить для себя, служит ли работа с пациентами, зависящими от алкоголя и наркотиков, их лучшим интересам, — не говоря уже о губительном действии, которое такое отношение может оказать на пациентов.

Если ведущий может дисциплинированно следовать этим принципам в работе с зависимыми пациентами, то шансы на успех групповой терапии возрастают. Осознание собственных контртрансферентных влияний и реакций критически важно при работе с алкоголиками и аддиктами в групповом формате. Тонко настроившийся ведущий имеет в своем распоряжении ценный диагностический инструмент. Как каждый из пациентов затрагивает его? Какие чувства он испытывает в настоящий момент по отношению к группе и ее членам? Постоянное отслеживание подобных вопросов может дать ведущим очень ценную информацию о группе и о каждом участнике. Каждый из них по-своему реагирует на ведущего. Изучение индивидуальных реакций членов группы не только дает ведущему знания о них, но также обеспечивает ему возможность лучше понять себя. Отдельные участники часто улавливают те реакции, чувства и отношения терапевтов, которые те в себе не осознают. Открытость саморефлексии и готовность критически изучать собственный вклад в группу и реакции ее отдельных членов может дать ведущему ценный терапевтический инструмент, если у него хватит мужества честно наблюдать за собой. Говоря словами Сократа, ведущий группы должен «Познать себя».

Глава 14. Сопротивление в группе

Одна из наиболее важных технических проблем, встающих перед ведущими групп — это распознавание группового сопротивления и работа с ним. Степень, в которой лидер успешно помогает членам группы преодолевать индивидуальные и общие усилия по избеганию эмоционально заряженных тем, в большой степени определяет успех или неудачу опыта групповой терапии. Ведущий должен не только иметь дело с разнообразными индивидуальными сопротивлениями в группе, но и уметь распознавать феномен объединенного группового сопротивления, а также преодолевать одновременно сопротивление каждого и всех членов группы. Управление сопротивлением играет решающую роль. Если ведущий не применяет соответствующей стратегии, чтобы справиться с ним, группа может неопределенно долго оставаться в тупике, стать разрозненной или распасться совсем.

Предыдущая работа ведущего с индивидуальным сопротивлением в индивидуальной терапии мало поможет ему в работе с объединенным групповым сопротивлением. Необходимы специальные навыки по его обнаружению и проработке на групповом уровне. Ведущий группы должен учиться четко оценивать эффективность групповой работы и то, в какой степени группа и ее члены способствуют или препятствуют достижению групповых целей. Успех или неудача группы в большой степени зависит от того, смог ли ведущий справиться с групповым сопротивлением. Для успеха ему необходимо соблюдать два принципа:

1. Основным является способность распознавать групповое сопротивление. Невозможно справиться с ним успешно, если ведущий не видит или не чувствует его. Необходимо понимать различные формы, которые может принять сопротивление в группе и осознавать, как его реакция или бездействие будут влиять на его длительность, интенсивность и исход. Задача ведущего — помочь членам группы осознать свое сопротивление. Необходимо привлечь их внимание к напряжению в группе. Однако, нельзя ожидать, что одного осознания будет достаточно для его преодоления. Сопротивление имеет причины, и нельзя ожидать, что члены группы откажутся от него, до тех пор, пока сдерживаемые им эмоциональные силы не будут достаточно разряжены и не перестанут представлять опасность для группы и ее членов. Каждый человек в группе должен прийти к пониманию значения сопротивления в терминах своей собственной жизненной истории и опыта.
2. Второй принцип заключается в том, что ведущий должен понимать, какую роль он сам играет в возникновении и поддержании сопротивления в группе. Сопротивление — всегда процесс взаимодействия пациента и терапевта. В группе сопротивление может быть вызвано ведущим, который пассивен, враждебен, неэффективен, сдержан, слаб или нуждается в постоянном восхищении или чрезмерном дружелюбии. Ведущий должен быть способен отличать свою роль в этом процессе от ролей, играемых членами группы в контексте групповой регрессивной тяги. Если ведущий не создаст безопасной, связующей атмосферы, сопротивление группы будет естественным ответом на угрозу безопасности ее членов. Без учета этих принципов снижаются шансы на успех при применении любого группового подхода или техники.

Сопротивление: определение

Определений сопротивления много. Два наиболее простых, но отражающих суть, таковы:

1. Сопротивление — это сила, препятствующая высвобождению бессознательного материала;
2. Сопротивление есть избегание чувств и отрицание эмоций.

Первое определение отражает классическое психодинамическое понимание сопротивления. Психодинамически ориентированный групповой терапевт определяет сопротивление как любую силу, которая противостоит первостепенной задаче пациента — осознать подавленные и вытесненные чувства. Оно мешает пациенту свободно выражать их ведущему группы. И пока это происходит, пациент не осведомлен о мотивах, продолжающих заставлять его действовать в саморазрушительной манере. Второе определение — более обобщенное, и касается тенденции избегать сообщения терапевту эмоционально значимого материала. Пациент делает это, несмотря на то, что эти эмоционально заряженные конфликты со значимыми другими в прошлом и настоящем как раз и привели его к терапевту. Эмоции пациента и содержание его вербализаций остаются несоответствующими материалу и, следовательно, работают против основных целей терапии.

Сопротивление в группе может принимать различные формы. Оно может выражаться в тишине, злости, чрезмерной интеллектуализации, уступчивости, безразличии и даже скуке. Скука — наиболее проблематичная форма, так как многие терапевты не идентифицируют скуку как сопротивление. Общеизвестен тот факт, что группы вызывают регрессию. Каждый член группы побуждается к тому, чтобы встретиться с эмоционально насыщенными темами выживания, принятия, отвержения и близости. Скука — это, буквально, нечувствительность к своим эмоциям. Если человек чувствует скуку или начинает дремать, когда говорят другие члены группы, терапевт может быть уверен, что он удерживается от осознания каких-то сильных эмоций, и задача ведущего — вытащить эти вытесненные чувства на поверхность, где они могут быть изучены и изменены.

Нигде принцип скуки как проявления сопротивления так не обыгрывается, как в терапии под руководством И. Полстера. Члены группы могли рассчитывать на его внимание при проявлении скуки — им достаточно было объявить в группе, что они скучают.

Ничто не стимулировало его интерес так, как член группы, находящийся в обстановке близости с 6-8 людьми и не испытывающий при этом эмоционального волнения. Его глаза загорались, он наклонялся вперед с искренним любопытством и просил: «Это интересно, не могли бы вы рассказать мне и остальной группе, как у вас получается сохранять скуку на таком интимном собрании?»

У Полстера (1980) есть свое собственное, уникальное определение сопротивления. Ему оно виделось как нечто, что происходит, когда пациент отказывается делать то, чего хочет от него терапевт. Для него не существует сопротивления как такового: оно — тот материал, из которого делается терапия. Исходя из классического гештальт-подхода, Полстер «следует за» сопротивлением пациента. Придерживаясь установок дзенских воинских искусств в исследовании сопротивления, он использует его для своих целей. Он может усиливать сопротивление, потому что в нем часто заблокирована энергия пациента. Усиление же его приводит к высвобождению вытесненного материала.

Хайнц Кохут (1977), исходя из более классической психодинамической точки зрения, выражает сходное с Полстером мнение.

Он считает сопротивление ятрогенным эффектом, вызываемым неэмпатичным терапевтом. Соответственно, оно уменьшается либо благодаря эмпатическому пониманию ведущего группы, либо симпатии остальных ее членов и разделению ими сходного опыта. Если ведущий заместительно интроспективен и эмпатически настроен на пациента, сопротивление сильно уменьшается.

Роберт и Мэри Гулдинг (1979) рассматривают сопротивление по-другому, хотя также признают важность его преодоления для успеха терапии. Для Гулдингов терапия — это шахматная партия: часть пациента хочет измениться, эта часть привела его сюда. Но равно сильная его часть хочет оставить все как есть, она сопротивляется и старается победить терапевта. Поэтому Гулдинг предупреждает, что терапевту нужно следить за первым ходом, который может быть в словах пациента: «Я не думаю, что это поможет, но...», или других ключевых словах: «не могу», «нужно», «следует» или «пытаться» (см. Главу 9).

Хотя взгляды Полстера, Кохута и Гулдинга отличаются, но они согласны в значении, которое имеет сопротивление в психологическом функционировании личности. Терапевт не должен упускать из виду, что сопротивление — часть защитной системы индивида, которая всегда присутствует, и это оправдано. И, как сказал Скотт Рутан (1981), «Пациенты приходят к нам с решениями, а не с проблемами». Под этим он имеет в виду то, что сопротивление должно пониматься как защитный маневр, предпринимаемый пациентом с целью защитить себя от болезненного эмоционального опыта. Проблема заключается в том, что защиты, которые он сооружает, часто хуже, чем сама эмоциональная травма, и защитные действия часто заканчиваются более разрушительно, чем чувства и мысли, от которых они были призваны защитить. Для работы с сопротивлением такого рода ведущий должен помнить простой принцип: чем более сдержан и защищен человек, тем большая боль, обида и страх спрятаны за его сдержанностью. Злость почти всегда прямо пропорциональна количеству обиды, пережитой в жизни. Чем больше злости проявляет человек, тем больше вероятность, что он защищает себя от переживания сильных негативных эмоций: стыда, вины, обиды или ненависти к себе. Поэтому защиты не должны устраняться слишком быстро. Их необходимо медленно и осторожно снимать или изменять, пока субъект постепенно развивает новые и более здоровые способы защищать себя.

Групповое сопротивление и работа Вилфреда Биона

Вилфред Бион — одна из наиболее влиятельных фигур психоаналитической групповой практики. Он заработал репутацию и славу в групповой терапии не собственно работой с терапевтической группой. Его вклад, начавшийся с книги «Переживания в группе» 1961 г., продолжает оказывать сильное влияние на психодинамический подход к групповой терапии.

Наиболее широко известна его теория базисных допущений (basic assumption). Бион различает группы базисного допущения и рабочие группы. Согласно его подходу, в группе на самом деле всегда присутствуют 2 группы: явная рабочая и скрытая — базисного допущения. В то время как рабочая группа создается для выполнения открытых задач, скрытая группа существует рядом с ней (бок о бок) и действует, исходя из своих неписанных законов. Бион утверждает, что примитивная составляющая мышления, действующая скрыто в группе базисного допущения, имеет тенденцию доминировать над рабочей группой и будет вмешиваться в заявленные групповые задачи. Эмоциональные установки, составляющие базисные допущения, описаны как бессознательные процессы и разделены на 3 категории. Эти категории обладают качеством «как будто», и называются «зависимость», «борьба-бегство» и «спаривание».

1. РАБОЧАЯ ГРУППА	2. ГРУППА БАЗИСНОГО ДОПУЩЕНИЯ
Явная	Скрытая
Активность, направленная на решение задач	Ненависть к обучению через опыт
Готовность к сотрудничеству	Соппротивление развитию
Эго-активность, тестирование реальности, ответственность	Предпочтение комфорта магических идей эго-идеям, требующим работы
Составлена из индивидуальностей	Групповое мышление
Реальна и количественна	качество «как будто»

Зависимость

Группа будет вести себя так, «как будто» удовлетворенность, безопасность и будущее группы зависит от сильного ведущего. Цель группы — найти кого-то, кто позаботится о ней. Это проявляется в попытках обрести безопасность под защитой ведущего, в котором могут видеть самого сильного и самого выдающегося человека.

Базисное допущение зависимости

1. Ведущий идеализирован, как всемогущий и замечательный
2. Беспомощная зависимость от ведущего
3. Попытки получить силу от ведущего

Борьба-бегство

Группа ведет себя, «как будто» есть внешняя и внутренняя угроза, которую необходимо отразить, или которой нужно избежать. Убежать группа может в абстрактный диалог о «там и тогда», или ее члены могут бороться друг с другом, что часто сопровождается иллюзией, что их борьба — это реальная работа в группе. В действительности же, их борьба является защитой от реальных открытых задач группы. Если ведущий не может терпеть внутреннюю борьбу, группа направляет свой гнев наружу и находит что-то (идеологию или другую группу), чтобы это ненавидеть.

Базисное допущение борьбы-бегства

1. Внешняя борьба: группа объединяется против врага
2. Внутренняя борьба: между подгруппами
3. Бегство от задачи

Спаривание

Группа ведет себя так, «как будто» чувства гнева, отчаяния и депрессии не существует. Пассивное созерцание поддерживается идеализацией и настроением, исполненным надежд, которое предотвращает появление деструктивных вспышек гнева, персекуторной тревоги и депрессии. Группа живет надеждой на то, что близость ее членов может породить новую идею или мессию, который спасет их.

Базисное допущение спаривания

1. Близость в парных подгруппах
2. Терпимость и сговор в парах
3. Надежда на разрешение конфликтов с помощью пары

Слияние

4-я основная группа базисных допущений, которую Блон не выделил. Группа ведет себя так, «как будто» все ее члены одинаковы, и воспринимает себя как «мы». Это репрезентируется членами группы, которые говорят, что видят всех в группе равными. «Я доверяю всем здесь в равной степени, все в группе меня интересуют одинаково» — примеры того, как члены группы идут на все ради отрицания индивидуальности. Эта защитная реакция вызывается регрессом к потребности быть частью, включенной в группу, общество, семью. Блон утверждает, что мы всегда остаемся «социальными животными» (см.рис. 14.1)

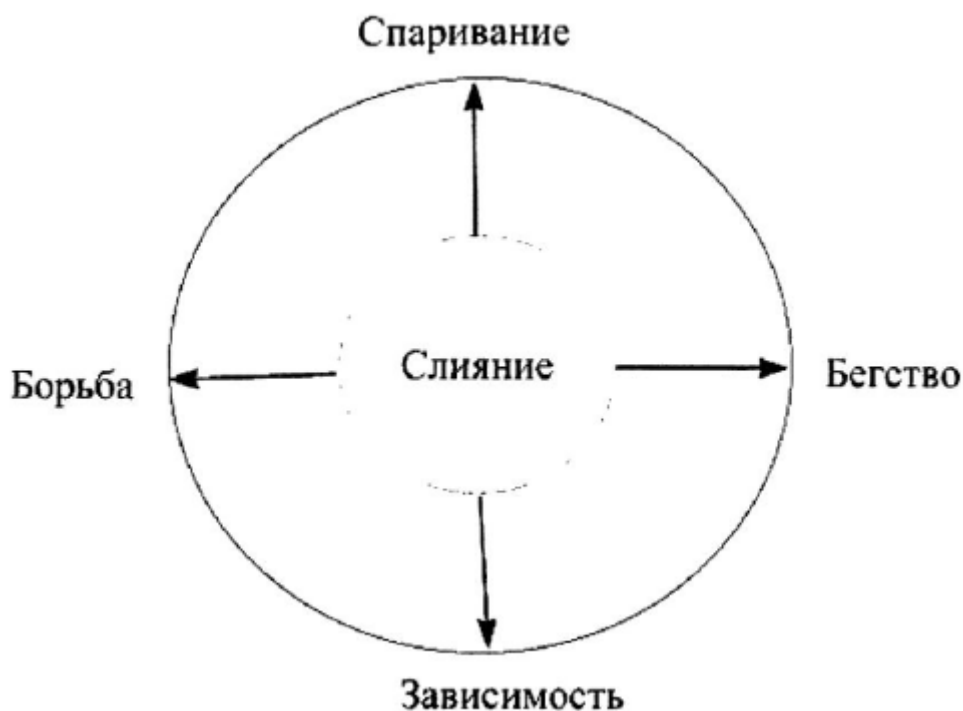
Блон использовал термин «валентность», чтобы описать склонность индивида к сближению с другими, имеющими сходные мотивы, ценности и склонности. Эти валентности могут вызывать сильную регрессивную тягу и вести к активации базисного допущения, когда группа сталкивается с фрустрацией, вызываемой требованиями групповой работы. Базисные допущения — это примитивные состояния сознания, порожденные дилеммой двойного давления группы. Каждый ее член хочет быть и частью группы, и индивидуальностью. Как писал Блон, «Индивид — групповое животное, и ведет войну не только с группой, но и с самим собой и за то, чтобы быть групповым животным, и с теми аспектами личности, которые делают его таковым» (1961, стр.131).

Поскольку все это действительно существует, для ведущего важно осознавать, что базисные допущения (далее — БД) специфичны для каждой стадии, и они могут быть индуцированы поведением ведущего.

Специфические базисные допущения по стадиям

1. Ранняя стадия группового развития отмечена групповой зависимостью. Группа ожидает, что волшебные решения будут подарены ей ведущим. Эмоциональное состояние — зависимость и благоговение.
2. Средняя фаза группового развития отмечается бегством от задач или организацией баталлий внутри или вне группы. Эмоциональные состояния — враждебность и страх.
3. Более поздняя фаза характеризуется состоянием надежды. Группа одержима фантазией об исцелении и надеждой, что близость в группе даст начало новой идее или личности, которая принесет окончательный ответ на групповую дилемму. Спаривание порождает эмоциональные состояния оптимизма и надежды. Группа ожидает рождения мессии, который никогда не должен появляться, так как это положило бы конец надежде.

Рис. 14.1



Влияние ведущего на БД

Отто Кернберг (1984) подчеркивал важность влияния личности ведущего на групповое развитие. Он справедливо указал, что пассивный и спокойный ведущий с наибольшей вероятностью спровоцирует Бионовские БД. БД-состояния, таким образом, обязаны своим существованием условиям, навязываемым группе самим ведущим. Браун (D.G. Brown, 1985) придерживается сходного мнения и утверждает, что многочисленные последователи Биона поняли его теорию слишком буквально и применяют ее некорректно для групповой терапии. Браун пишет: «Некоторые из его идей, я думаю, неадекватны и вводят в заблуждение, будучи приняты в качестве основы терапии. В частности, таково немодифицированное понятие БД» (1981, стр.192). Далее он утверждает, что Бион игнорирует более зрелые эго-состояния, так как поглощен примитивными процессами. С его точки зрения, взгляды Биона базируются на Кляйнианском подходе к ментальному функционированию, акцентирующем примитивные процессы и игнорирующем более зрелые эго-функции (1985, стр.215). Поэтому Бион и делает такой акцент на БД-группах. Рабочая группа не противопоставляется более примитивным функциям; скорее, она развивается из них, и, в конце концов, сменяет их, если только ведущий, проводя группу через эти процессы, не потерпит неудачу. БД, следовательно, указывают на то, что группа безуспешно борется с сопротивлением. Разрешение сопротивления, тем не менее, не требует того, чтобы состояние БД было фокусом терапевтического вмешательства.

Попытка ведущего разрешить БД — это шаг в неверном направлении. Здесь большинство психодинамических групповых ведущих ошибается в оценке влияния, которое они оказывают на возникновение состояний БД. Невидоизмененное БД возникает как результат избегания искренней личностной встречи. Трудные чувства во взаимоотношениях посредством этого не признаются и вытесняются. Подавление и отрицание приводят к БД-состоянию.

Именно решение об интервенции может неверно направить усилия ведущего. Тяжелые чувства во взаимоотношениях избегаются через зависимость, слияние, борьбу-бегство или спаривание. Любое собрание трех и более людей, которое не допускает искреннего личного контакта, вероятнее всего, вызовет эмоциональное состояние БД. Членов группы нужно побуждать честно иметь дело со всеми чувствами, возникающими в группе. Негативные чувства, так же, как и позитивные, должны быть выражены и признаны, иначе группа застрянет в состоянии БД. Эти состояния отражают способы, при помощи которых члены группы пытаются справиться с опасными чувствами и импульсами или избавиться от них. Группа будет пытаться занять ведущего желаниями и фантазиями, которые защитят их от запретных эмоций. Эзриэль (Ezriel, 1952) утверждал, что члены группы в первую очередь попытаются установить 3 типа отношений с ведущим, пытаясь защитить себя:

1. Каждый член группы будет сначала пытаться создать требуемые отношения, которых он или она требует, чтобы защитить себя от вторых отношений.
2. Вторыми называются избегаемые отношения. Их член группы пытается устанавливать, чтобы избежать внешней реальности. Он убежден, что, если он уступит своему тайному желанию вступить в избегаемые отношения, это закончится третьими отношениями.
3. Это не отношения вообще, но ожидаемый результат избегаемых отношений — катастрофа.

Катастрофа — пугающий результат, которого следует избегать любой ценой всем членам группы. Эзриэль так описывает этот процесс:

1. Требуемые отношения: идеализация терапевта.
2. Избегаемые отношения: возникнув, они приведут к нападению на терапевта.
3. Катастрофа: либо участник повредит терапевту, либо терапевт в ответ разрушит его.

Во время лечения, по мере того как ведущий индуцирует лучшее тестирование реальности, ожидаемых бесоознательно бедствий не происходит. Необходимость требуемых отношений устраняется, и возникают избегаемые отношения и связанные с ними паттерны поведения. И негативные, и позитивные эмоции переживаются и выражаются, в группе устанавливается искренняя близость. В случае группы БД, ведущий зависимой группы должен быть всемогущим; в группе борьбы — непобедимым, в группе бегства — неуловимым, в группе спаривания — чудесным, но еще не родившимся. Так как ожидаемое бедствие не произошло, члены группы узнают, что им не нужно сопротивляться своим искренним чувствам к ведущему. В зрелой рабочей группе, которая более адаптивно пользуется соответствующими допущениями, ведущий зависимой группы — надежный, борьбы-бегства — смелый, спаривания — творческий.

Ведущий играет важную роль в определении того, сможет ли группа перейти от стадии БД-группы к рабочей. Ведущий, которому необходимо быть идеализируемым, будет оставлять группу зависимой. Вследствие этого, плохие чувства отщепляются и проецируются на других членов группы. Возможность появления козла отпущения, таким образом, увеличивается. Козел отпущения имеет важную функцию в группе. Он — вместилище фрустраций, которые группа имеет, но не может выразить ведущему. В каждой группе найдется один или два добровольца на роль группового козла отпущения. Группа окончательно выберет, кто будет выполнять роль накопителя ее злобы, из этого списка.

Ведущий, который требует, чтобы группа была высоко сплоченной, так что негативные чувства не могут быть направлены друг другу, приводит к тому, что они будут направлены вовне. Ведущий, который поощряет спаривание, позволяет членам группы использовать свою потребность в надежде, чтобы предотвратить возникновение негативных чувств — гнева и отчаяния.

Однако, спаривание, как и другие виды БД, может быть рассмотрено как тест для ведущего. Спаривание будет продолжаться, если ассертивность не может быть мобилизована таким образом, чтобы сделать победу над гневом и отчаянием менее зависящей от ведущего, который продолжает поощрять обнадеживающую ситуацию. Если терапевт может помочь членам группы принять свои ограничения, а также гнев или разочарование, сопровождающие такое осознание, он побуждает группу стать более автономной. Негативные силы борьбы-бегства не будут отщеплены. В спаривании группа имеет возможность принять и осознать свои фантастические желания. Спаривание в группе есть эксперимент, поставленный группой для того, чтобы определить, безопасно ли быть откровенным. Фантазия или иллюзия не всегда является защитой. Она может быть творческим адаптивным ответом. Это позволит группе понять и вообразить то, что не существует, и создать это. Группа в конце концов узнает, что она может устанавливать близкие отношения, не принося в жертву надежду. И, что более важно, они учатся принимать отношения, даже если они несовершенны, без депрессии, злости или безнадежности.

Вот здесь оригинальная концепция Биона должна быть тщательно оценена и модифицирована. БД — не столько результат избегания группой близких отношений, сколько реакция на ведущего или на ситуацию, которая препятствует близости. Браун пишет, что «БД — результат избегания искреннего личного общения, которое призвано не допустить тяжелые чувства в отношениях» (1985, стр. 216). Состояние БД, следовательно, наиболее вероятно в группе, где личностный контакт запрещен, неуместен или его лучше избегать (в неблагополучных семьях, больших группах, в рабочей обстановке или в терапевтических группах, где ситуация развивается точно «по Биону»). В таких ситуациях легко понять, как сильный лидер, враг или утопическая идея могут возникнуть в качестве жизнеспособной и занимательной альтернативы всем групповым проблемам.

Браун полагает, что обстановка, способствующая истинному контакту, например, хорошо функционирующая терапевтическая группа, уменьшает вероятность возникновения БД. Терапевтическая группа, которая сталкивается со своими проблемами и различиями и позволяет полное выражение всех эмоций — негативных, позитивных или неудобных — предотвращает возникновение и сохранение БД. Задача ведущего — не содействовать БД, чтобы анализировать или изучать его появление; скорее, он должен быть уверен, что БД не проявляется и не поддерживается в группе.

В группах, которые не претендуют на то, чтобы быть терапевтическими, БД выполняют важную функцию. БД могут быть распознаны в обществе в виде институтов церкви, армии и аристократии. Функция церкви — организовать зависимость от божества, армия защищает королевство, аристократия — обеспечивает следующее поколение лидеров.

Если интерпретации БД Биона и Эзриэля верны, их анализ имеет два важных приложения для групповой терапии. Во-первых, их работы подразумевают, что БД — результат, а не причина того, что на собрании группы запрещен искренний близкий диалог. Во-вторых, Браун определенно указывает, что задача ведущего — не анализировать или увеличивать БД, но содействовать интимному взаимодействию между членами группы, таким образом минимизируя или окончательно устраняя деструктивные силы, которые препятствуют выполнению открытых задач рабочей группы.

Сопrotивление близости в группе.

Однако, ведущий группы вскоре обнаружит, что способствовать интимности — нелегкая задача. Каждый желает интимности и боится ее одновременно. Каждый член группы будет обнаруживать свои собственные стратегии, направленные на то, чтобы систематически саботировать близость. Это верно и при лечении алкоголиков и аддиктов. Задача ведущего — распознавать сложные меры предосторожности, принимаемые каждым членом группы для того, чтобы воспрепятствовать истинной близости. Сопrotивление членов группы сильнее всего связано с их страхом интимности. Если алкоголик или аддикт может найти способы, чтобы избежать ее, он будет чувствовать себя оправданным: «Смотрите, я был прав; нельзя действительно доверять людям».

Если ведущий может внимательно наблюдать за способами, при помощи которых члены группы сопротивляются близости, он поможет каждому осознать свой собственный стиль. Например, член группы может иметь привычку говорить не то, не тогда, не так или не тому человеку. Иногда он может делать все это одновременно.

Групповая терапия — лечение выбора для проблем в сфере интимности. Сопrotивление близости существует, потому что алкоголик или аддикт боятся, открывшись другому, быть отвергнутыми. Этот страх, стоящий за сопротивлением, должен быть разрешен, чтобы человек был способен достичь близости с другими на зрелом уровне. Детский страх интимности должен быть рассеян и замещен зрелым чувством близости.

Стив, 39 лет, менеджер по продажам, пришел на групповую терапию по просьбе семейного терапевта. Он был женат более 15 лет, и они с женой обращались к терапии пар, так как были не удовлетворены своей сексуальной жизнью. После более чем 6 месяцев стало очевидно, что их сексуальные проблемы являются результатом эмоциональной закрытости. Они жили отдельно почти год, прежде чем прийти на терапию, и их отношения характеризовались периодами близости и эмоционального дистанцирования. Стив жаловался, что жена держит его на дистанции, сдержанна и не интересуется им в сексуальном плане. Она считала, что каждый раз, когда она становилась ближе к нему, он делал что-то, чтобы оттолкнуть ее, и она не желала больше доверять ему из-за его непоследовательности. Так как они зашли в тупик в этой борьбе, было решено, что для них будет лучше преодолеть свой страх близости по отдельности. Через месяц групповой терапии паттерн Стива — колебание между близостью и дистанцированностью — стал очевиден группе. И хотя аналогичное наблюдение его жены вызвало лишь отрицание и гнев, он оказался более открыт к обратной связи от других участников группы. Стив также свободно говорил о своих случайных сексуальных связях и постоянном курении марихуаны. Так как его жена росла в доме алкоголика-отца и сама была выздоравливающей алкоголичкой, более восьми лет сохраняющей трезвость с помощью АА, она бурно реагировала на непоследовательное поведение, демонстрируемое Стивом «под мухой». Он на ее обвинения отвечал, что ее мозги промыты АА. Однако, так как среди остальных членов группы многие лечились от алкоголизма, они начали выражать сходные взгляды. Стив начал признавать, что употребление марихуаны периодически беспокоило его самого. Но признавать это перед женой он отказывался, поскольку это означало бы, что она права. По мере того, как противоречивые сообщения Стива исследовались другими членами группы, ему начали задавать вопросы о мотивах его интрижек и употребления марихуаны. Каждый раз, когда он злится на холодность жены, он накуривается, чтобы подавить свою злость и «не сделать еще хуже». Так как она продолжает отодвигаться от него еще дальше в результате употребления им марихуаны, он чувствует, что оправдано удовлетворение сексуальных потребностей где-то еще. После сексуальной связи с другой женщиной чувство вины уменьшает его злость, и он снова делает усилие к тому, чтобы сблизиться с женой. Она бы могла ответить на это, но с подозрением относится к его мотивам. Как только она отстраняется, все повторяется снова, и так все последние 10 лет.

Когда группа начала указывать Стиву на его нелады с близостью и смешанные послания, он осознал свой страх интимности. В конце концов, однажды в группе Стив признал, что боялся сблизиться с женой или связать себя женитьбой: «Я одной ногой внутри, а другой снаружи. Я боюсь, что если стану последовательно сблизиться с ней, она все же может отвергнуть меня. Я не хочу так рисковать». Стив не хотел сталкиваться с возможностью быть отвергнутым, сблизившись с кем-то. Как при состоянии спаривания в схеме Биона, Стив не хотел риска истинной близости, так как это бы потребовало отказаться от надежды на близость. Его идеализированная фантазия должна была навсегда остаться нерожденной. Так было с его матерью. Она была холодна, дистанцирована и не желала принимать Стива таким, каким он был. Настоящая близость отсутствовала в их отношениях, и он боялся быть отвергнутым другой женщиной, которую глубоко любил. Стив отыгрывал этот страх со своей женой. Если он рисковал быть собой, то ожидал отвержения. Так как его собственная мать принимала его, только если он соответствовал ее желаниям и ожиданиям, он бунтовал, не желая им соответствовать. Но он боялся выражать свою злость матери открыто, так как это привело бы к еще большему отталкиванию. Поэтому он был одной ногой в отношениях с женой (желал близости), а другой — снаружи (боялся быть отвергнутым, если откроется ей и не будет соответствовать ее ожиданиям).

Сопrotивление близости в группе обязательно возникнет, если группа достаточно долго вместе. Ведущий должен позволить проявиться сопротивлению каждого члена группы, прежде чем их страхи будут выявлены и разрешены. Наблюдение сопротивления в группе дает ведущему много информации о страхе близости каждого члена группы. Как указывал Фрейд, «то, что люди избегают говорить, более важно, чем то, что они сообщают о своих страхах». Оскар Уайльд выражал сходный взгляд: «Человеческие маски говорят больше, чем лица».

Луис Ормонт (1985) перечислил четыре главных страха близости в группе:

1. страх перед импульсивностью
2. страх слияния
3. страх быть покинутым
4. страх уязвимости

Страх перед импульсивностью

Члены группы, особенно алкоголики и аддикты, страшатся своей импульсивности. Если они чувствуют или показывают ее, они боятся, что она выйдет из-под контроля. Это не относится только к злости или враждебности, это проявляется и в их любви к другим, которую часто путают с сексуальностью. Член группы мужского пола, в частности, может становиться заметно более жестким, когда обращается к другим мужчинам в группе. Он боится, что если покажет теплые чувства к мужчине, окружающие могут подумать, что он гомосексуалист. Многие мужчины и женщины борются с желанием близости, так как не знают, как быть близкими вне сексуального контекста. Секс и близость часто исключают друг друга. Они боятся, что если станут ближе к кому-то, это будет означать, что они должны задействовать сексуальные чувства.

Страх слияния

Многие индивиды, особенно те, кто рос, имея контролирующих и навязчивых родителей, будут сильно бояться слияния. Они страшатся быть подчиненными другим, если приблизятся к нему. Они должны оставаться отделенными, чтобы не потерять себя в другом. Жена Стива переживала этот страх, потому что ее мать пыталась жестко контролировать ее, так как не могла контролировать своего пьющего мужа. Она видела в усилиях Стива сблизиться с ней попытки ее контролировать, так как ее мать использовала близость и интимность в качестве средств контроля.

Страх быть покинутым

Каждый человек обычно переживает огромный страх быть покинутым. Особенно те, кто уже был покинут кем-то, кого они сильно любили. Поскольку члены группы хотят близости и любви, может показаться, что ответ на их дилемму прост: любовь и близость обеспечат глубокое удовлетворение их реальной и инстинктивной потребности. Единственная проблема с интимностью и близостью в качестве решения проблемы изоляции состоит в том, что любовь и близость отдают человека на милость любимого объекта. Они делают его крайне уязвимым к потере объекта или отвержению им. Как сказал Фрейд, «мы никогда не бываем так незащищены, как когда мы любим, и никогда не бываем так беспомощно несчастны, как теряя объект любви или его любовь» (Цит. по Fancher, 1973, стр. 229). Люди, пережившие отвержение, обычно неохотно выбирают близость и любовь в качестве пути к счастью.

Это положение было ясно продемонстрировано Мери. Тридцатилетняя секретарша пришла в группу из-за депрессии и отсутствия друзей. Она никогда не могла удовлетворить своих родителей, они критиковали ее внешность, интеллект и даже пол. Ее старший брат, которого они предпочитали, так как он был мужчиной, был успешным студентом, атлетом и бизнесменом. Мери была очень чувствительна к замечаниям группы, которые могли даже в самой легкой степени быть названы критическими. Она постоянно принижала себя, говоря, что никому в группе не нравится, и знает, почему. Как только ведущий уделял внимание другому члену группы, она нападала на этого человека и обвиняла терапевта в том, что на ее проблемы он не обращает внимания в такой степени. Ее поведение доводило группу до отчаяния. Их протесты против ее обвинений были тщетны и привели к тому, что многие стали ее избегать из-за ее фрустрирующего поведения. Ее страх отвержения заставлял ее проверять каждого, с кем она вступала в контакт. В конечном счете она прямо предъявила свой страх ведущему: «Я знаю, я никчемная, и я бы хотела, чтобы вы отвергли меня сейчас, прежде, чем я привяжусь к вам слишком сильно». Как только мотив ее поведения стал очевиден группе, ведущий постоянно интерпретировал ее действия ей и другим членам группы. В конце концов, группа перестала отыгрывать свою роль в ее «самоисполняющихся пророчествах». Отказавшись поддаваться на ее постоянные проверки, члены группы начали показывать интерес к ней. Повторяющийся паттерн отношений был постепенно изменен.

Страх уязвимости

Страх уязвимости — самый распространенный страх близости. Каждый член группы боится, что если он станет действительно близок к другому, то будет разоблачен как недостойный, многого не заслуживающий и имеющий массу недостатков. Он боится, что другие члены группы узнают, что он в действительности никуда не годится. Избегание уязвимости принимает множество форм. Некоторые члены группы избегают интимности с помощью выяснения фактов («Что вы имеете в виду под «теплом»?»), придинок («Спасибо за ваше внимание, но будете ли вы должны проявлять его в следующий раз?»). Другие будут предъявлять нереальные требования («Не могли бы вы сказать это мягче?») или нарушать близость других участников («Это напоминает мне друга с работы, у него были точно такие же проблемы»). Иногда член группы встречает близость другого гневом («Да-а, сейчас вы здесь, а где вы были на прошлой неделе?!»).

Задача ведущего — помочь группе проработать каждый из страхов близости. Сначала они будут озадачены его усилиями, так как это противоречит всему, что они знают о физическом выживании. Их ранний опыт говорит им, что быть открытым и искренним небезопасно. Нельзя ожидать, что они отбросят свои старые, хотя и малоадаптивные, способы справляться с жизнью.

Они должны осознать, что их страхи, идущие из детства, нереалистичны, они не должны окрашивать их взрослый опыт. Как писал Шекспир, «То, что мы не можем отбросить, мы должны принять». Членов группы нужно поощрять к встрече со своими страхами. Они должны пережить их и полностью узнать, обнаружив, что они основываются на ожиданиях, усвоенных в детстве. Постоянно указывайте на то, что они делают, и постоянно обращайтесь на это внимание других членов группы. Показывайте, каким образом их поведение служит цели предотвращения страха близости.

Каждый обладает своей собственной ранней формой страха интимности. На начальных этапах терапии они будут продолжать цепляться за детские страхи и фантазии о близости. Когда человек начинает говорить о своих страхах в группе, его позиция противостояния близости начинает смягчаться. Он понимает, что его страхи основаны на ранних отношениях с родителями, и обучается в группе более зрелым формам близости, в конечном итоге понимая, что его детские ожидания необоснованны. Всеобщий страх порождается тем, что собственные потребности кажутся бездонными. Человек стыдится своих потребностей, его нужды его пугают, потому что они никогда не встречали соответствующего ответа в детстве. Он понял, что опасно ожидать чего-то от других. Он отрицает свои потребности из-за страха, что они сделают его уязвимым. Поэтому он не дает другим знать о своих нуждах, боясь, что его воспримут как нуждающегося и отвергнут. Другие члены группы поймут, что его страх близости связан со страхом оказаться должным, обязанным. Если он что-то берет, то боится, что должен будет что-то отдать. Если он дает что-то другим членам группы, он боится, что этого будут ожидать от него и в будущем, и этот дар превратится в его цену.

Так как эти страхи и проблемы разрешаются в группе, зрелое желание близости будет пережито каждым из ее членов. Интимность и близость принесет ощущение жизненности их переживания, которое не просто случается, но и сохраняется. Оно войдет в их характеры и в их бытие. Группа сумеет разделить общую близость, где может выражаться и переживаться полная гамма эмоций. Вся группа в момент интимности оживает.

Сопrotивление непосредственности

Сопrotивление может принимать множество форм, и может вызываться множеством разных обстоятельств, тем, условий и ситуаций. Луис Ормонт (1993) очень хорошо осознавал, что большинство сопротивлений возникают непосредственно здесь и сейчас. Как он правильно заметил, не только перенос (с которым мы разбирались в Главе 13) — межличностный феномен, но и «все сопротивления в группе являются также трансферентными сопротивлениями (эго-перенос, ид-перенос и т.д.)» (стр. 400). Ормонт утверждает, что любое сопротивление общению связано с переносом, и что группа, с ее полным набором разных участников, обеспечивает множество трансферентных объектов. Сопrotивление коммуникации из-за переноса на ведущего, других участников и группу как целое обычно ведет к тому, что группа становится скучной и бесцельной. Ормонт уверен, что «искусство групповой терапии состоит в большой мере в том, чтобы сохранять группу живой и в настоящем моменте времени» (Личное общение, 1985). Эффективная работа с сопротивлением требует, чтобы ведущий активно распознавал эти сопротивления, когда они проявляются в непосредственности группы, и помогал участникам справиться с ними. С точки зрения Ормонта, существуют три обычные формы сопротивления, манифестирующие в группе, и все они имеют отношение к избеганию здесь-и-сейчас:

1. Тенденция участников говорить в прошедшем времени вместо настоящего.
2. Склонность участников забегать в будущее.
3. Предпочтение проблем, связанных с их жизнью вне группы.

Ормонт считает, что групповая терапия достигает успеха или проваливается в той мере, в какой ведущий может держать членов группы вовлеченными в осмысленную коммуникацию в непосредственности здесь и сейчас. Степень, до которой ведущий осознает и может идентифицировать источник сопротивления, определяет то, будет ли это сопротивление разрешено или проработано. Во многих случаях поощрение самоосознавания, идентификация и разрешение сопротивления являются целью лечения. Сделать бессознательное сознательным — Фрейд считал это одной из ранних целей психоанализа. Он часто определял цель лечения так: «Где было Ид, должно стать Эго». Мало для кого это столь же верно, как для алкоголиков и аддиктов. Аддикцию часто называют болезнью отрицания — самого примитивного и деструктивного сопротивления. Отрицание аддиктивных индивидов не ограничивается только отрицанием их зависимости от алкоголя или наркотика, это также отрицание того, что они нуждаются в других людях и являются ограниченными, эмоционально уязвимыми человеческими существами. Проработка сопротивления признанию себя алкоголиком или аддиктом — лишь первый шаг к проработке сопротивления тому, что они — хрупкие, нуждающиеся существа, которых сильные чувства часто ведут или толкают в направлении, которого они не понимают, и которые не осознают своей нужды. Спиноза написал об этом много лет назад так: «В той степени, в которой мы отделены от своих эмоций, и в той мере, в которой эти эмоции направляют и порождают наши действия, мы находимся в человеческом рабстве у этих эмоций» (цит. по Durant, 1926, стр. 201). Пребывание в непосредственности здесь и сейчас помогает пробудить чувства, которые спят или вытеснены за пределы осознавания, позволяя перевести чувства в сознание и, в конечном счете, овладеть ими.

Соппротивление чувствам в группе.

Групповая терапия должна быть местом, где могут быть выражены все чувства, будь то гнев или счастье. Должна быть представлена полная гамма эмоций, однако, существует индивидуальное и групповое сопротивление их выражению и признанию. Ведущий должен сначала справиться с групповым сопротивлением, а затем браться за индивидуальное. Сопротивление можно уменьшить, если соответствующим образом обращаться с чувствами, возникающими в группе. Однако, они могут быть настолько сильными, бессознательными или отрицаемыми, что группа может застрять в Бионовских БД. Каждое сопротивление в группе может быть прослежено до чувства, которое было вызвано другими членами группы. Ведущий должен быть способен проследить сопротивление до того момента, когда группа перестала быть эффективной. Хотя группа и ее члены могут быть осведомлены о своем сопротивлении, их осведомленность может быть поверхностной и мало связанной с остальным опытом. Задача ведущего — сделать так, чтобы бессознательные чувства, приведшие к сопротивлению, были осознаны. Фанчер (Fancher, 1973) кратко описывает это, когда пишет о ранних открытиях Фрейда, касающихся сопротивления:

«Фрейд вынужден был прийти к заключению, что наиболее важная часть сопротивления — не всегда наиболее очевидная часть. Сознательный дистресс и отвращение, переживаемое пациентом — только поверхностное проявление его сопротивления. Его глубочайшее сопротивление воплощено в неврозе переноса, который является копией его реальных неврозов, и который полностью бессознателен. Это убедило Фрейда, что на наиболее существенном уровне индивиду не известно о своем собственном сопротивлении и о реальной природе своих конфликтов. Таким образом, бессознательным является не только вытесненное содержание, но и сам процесс вытеснения» (стр.200-201).

Первейшая задача ведущего — работа с сопротивлением и с препятствиями к выражению эмоций и чувств. Он должен привести членов группы к осознанию способов их сопротивления и блокирования эмоций. Поскольку участники делают это, чтобы избежать боли и неудовольствия, они должны понять, что в чувствах нет опасности, и что их способы самозащиты больше не нужны.

Исправление нарушений личной эмоциональной жизни — главная функция психотерапии. Есть пределы и ограничения, в которых она действует. Терапия эффективна главным образом в области тех способов, которыми индивидуальный субъективный эмоциональный опыт нарушает способность человека функционировать в межличностной и интеллектуальной сферах. Чтобы выполнить эту задачу в группе, ведущий должен иметь доступ к чувствам каждого участника, а это требует активации чувств в группе. Каждый член группы должен прийти к переживанию широкого спектра чувств, так как последние не могут быть изменены или исследованы только посредством разговора о них. Они должны быть пережиты и наблюдаемы в группе. В активации чувств всегда есть элемент риска: ведущий и человек, который их переживает, никогда не знают точно, куда они заведут. Так как чувства часто заразительны, невозможно предсказать ответ других людей на них. Это отражает как плюсы, так и минусы выражения эмоций в группе. Именно этот риск и страх непредсказуемости эмоций заставляют членов группы сопротивляться выражению чувств.

Чувства обычно не возникают в вакууме, они требуют активации со стороны другого. Ведущий должен знать, как способствовать эмоциональному переживанию, не вмешиваясь в него. Если группа и ее члены работают, ведущему лучше хранить молчание. Если человек или группа зашли в тупик — тогда ведущий должен активизировать реакции других членов группы. Часто именно взаимодействие участников пробуждает аффект.

Вера в то, что человек должен быть вовлечен в реальные эмоциональные переживания, чтобы добраться до вытесненных чувств, относительно нова и отражает переход от интрапсихической модели к модели, основанной на взаимодействии и объектных отношениях. Старый аналитический подход Фрейда состоял в том, что достаточно сфокусироваться на чувствах и причинах (защитах), по которым субъект их блокирует. Строгая приверженность этой модели не уделяла достаточно внимания чувствам, возникающим в ответ на изменение в интерперсональном контексте. Чувства имеют адаптивное значение и служат функции решения проблем. По межличностным обменам в группе ведущий узнает, как каждый член группы адаптировался к чувствам, вызываемым близостью или гневом.

Душевное здоровье определяется взаимодействием между индивидом и его чувствами. Способность переживать свои чувства без сопротивления или избегания в большой степени определяет, здоров или болен человек (рис 14.2)



Болезнь часто является результатом блокировки индивидом своих чувств. Нездоровая личность не связана со своими эмоциями и не соприкасается со своими чувствами. В противоположность популярному мнению, поддерживаемому большинством членов групп, здоровый человек — это тот, который может переживать свои негативные чувства, такие как грусть, гнев, зависть и тревога. Многие алкоголики и аддикты пытаются достичь ошибочного идеального состояния, в котором, как они верят, они никогда не будут снова испытывать негативные эмоции. Алкоголь и наркотики какое-то время подтверждают эту иллюзию. Однако, негативные чувства, которых они боятся и которым сопротивляются, постоянно стремятся к выражению. Сопротивление негативным чувствам не так избирательно, как верят алкоголики и аддикты. Эти чувства отрицаются и подвергаются вытеснению вместе с позитивными. Задача ведущего — подвинуть группу на выражение всех подавленных чувств. Он должен создать в группе климат работы, ведущей от болезни к здоровью.

Когда участники группы направляют свои усилия на блокировку чувств и сопротивление им, возникают проблемы. Здоровые члены группы могут исследовать свои чувства и причины, приведшие к ним. Если гнев слишком пугает, или боль — слишком переполняет, защиты индивида становятся чрезвычайно жесткими. Человеку нужна обстановка поддержки и безопасности, прежде чем он рискнет выпустить подавляемые чувства. Только после того, как они выражены, человек может прийти к пониманию того, что же с ним произошло. Когнитивные искажения будут элиминированы, и тогда появится шанс отразить в опыте тот факт, что настоящее не связано прошлым и не определяется им. Это требует, чтобы переживание чувства было полностью завершено. Если человек злится, он должен это выразить. Полностью выраженное чувство часто становится для индивида освобождающим опытом.

Уорд (Ward, 1984) выражает важность этого принципа, описывая необходимость завершения опыта, прежде чем он может быть понят: "Только после покупки спортивной машины, которую вы всегда хотели, вы поймете, почему она была нужна вам в первую очередь". Понимание последовательности событий, приведших к выражению гнева или покупке спортивной машины, приведет опыт к завершению. Непонятое эмоциональное выражение приведет к увеличению сопротивления этой эмоции в будущем.

Ведущий обнаружит, что некоторые члены группы настраивают себя на защиту от чувств, сопротивляясь спонтанности и усиливая ригидность. Они становятся формой без духа. Конвенциональность управляет их жизнью, и это уводит их от спонтанного выражения гнева или близости. Член группы, который свободно ведет себя в межличностном взаимодействии и адекватно выражает эмоции, обладает хорошим душевным здоровьем.

Эмоции могут вмешиваться и в интеллектуальное функционирование. Человек не только теряет спонтанность в интимном взаимодействии, но и становится ригидным в мышлении и решении проблем. Активное объяснение своей проблемы другим включает в себя приведение его трудностей в некоторый порядок и выводит из текущего эмоционального и ментального состояния, что часто освобождает личность из ее тупиковой ситуации. Если человек "заморожен" тревогой и сопротивляется исследованию альтернатив, он порой буквально не может думать. Ему необходима способность изменять направление мыслей и эмоциональные реакции. Человек, застрявший в одном (одной) из них, может буквально находиться в тупике. Уорд (1984) описывает прекрасный пример такого состояния:

Инженеры компании в течение многих лет безуспешно пытались найти необходимый вид растворителя для газетных чернил, чтобы сэкономить миллионы долларов. В конце концов, обезумев от неудач, они попросили совета внешнего консультанта. Он отказал им в их просьбе возглавить очередное исследование со словами: "Вы уже подумали обо всех возможных растворителях. Я сомневаюсь, что смогу найти еще один. Давайте лучше найдем чернила, растворяемые одним из уже придуманных растворителей."

Жесткие мыслительные установки, как показывает эта иллюстрация, могут заморозить процесс мышления. Психотерапия должна быть направлена на размораживание и пересмотр субъективного опыта. Часто разговора о чувстве достаточно, чтобы человек реорганизовал его понимание. Эмоции могут быть похожи на карты, которые замораживают каждого в центре своей вселенной. Когда человек видит «общую картину», он осознает, что его восприятие проблемы преувеличивает ее значимость. Он буквально не может увидеть лес за деревьями. Вещи, которые ближе, кажутся больше тех, которые расположены дальше. Если индивид может располагать вещи соответственно их историческому и временному положению, он может увидеть их реальный размер.

В межличностном взаимодействии, как и в группе, люди вызывают эмоции друг у друга. Чем сильнее чувства, тем примитивнее их понимание. Если человек очень зол и обижен на другого, ему будет казаться, что все, что делает этот другой, делается единственно для того, чтобы обидеть и разозлить его. В детстве все наполнено эмоциями. В процессе развития субъект учится лучше их понимать. Понимание помогает уменьшать интенсивность эмоций и адекватно их выражать. В групповой терапии член группы должен учиться последовательному переживанию и пониманию эмоций. Если он этого не делает, он или останется жертвой своих эмоций, или лишится их вовсе. Понимание чувств приводит к меньшему сопротивлению им, и позволяет человеку их более полно выражать. Это позволяет ему модулировать соответствующее выражение чувств вместо контроля или отсутствия контакта с ними.

Специальные замечания о сопротивлении при аддикции

Так же, как химическая зависимость затрагивает каждый аспект человеческой жизни, она чрезвычайно сильно влияет на лечение и групповую терапию. Ведущий группы часто может сталкиваться с набором трудностей, уникальным для данной популяции пациентов. Сопротивление алкоголиков и аддиктов в группе будет принимать множество различных форм. Терапевт встретится не только с индивидуальными и типичными групповыми сопротивлениями, которые присутствуют в любой терапевтической группе, но будет вынужден найти путь эффективного преодоления характерологических защит и отыгрывания, которые типичны для этого контингента. Пытаясь прояснить обычные сопротивления аддиктов и алкоголиков в групповой терапии, Марша Ванничелли (Marsha Vannicelli, 1992) нашла полезным поискать способы «снятия застав» путем дифференциации сопротивлений в соответствии с тремя категориями:

1. Снятие сопротивлений группы.
2. Снятие сопротивлений индивидов в группе.
3. Снятие сопротивлений контрпереноса у ведущего группы.

Групповые сопротивления

Необходимо отличать групповое сопротивление от индивидуального. Иногда это вызывает трудности, так как они взаимодействуют друг с другом. Как указывает Ванничелли, то, что временами проявляется как индивидуальное сопротивление, может на самом деле оказаться репрезентацией того, что группа позволила индивиду контейнировать некоторые части сопротивления всей группы, «выбрав» его для этой цели. Например, участник может вместить в себя страх быть атакованным или осужденным, принадлежащий группе в целом. Это может быть озвучено, когда отдельный человек говорит о проблеме безопасности и доверии в группе. Если один из участников озвучивает этот страх нападения и недостаточное ощущение безопасности или недоверие группе, и если группа позволяет одному участнику контейнировать все чувства группы на индивидуальном уровне, остальные могут или направить свою энергию на то, чтобы попытаться убедить его в том, что здесь вполне безопасно, или, как это обычно бывает, они могут атаковать индивида, не доверяющего им и «их группе». То, что может казаться сопротивлением индивида, может в этом случае представлять собой сопротивление группы, неспособной реалистически обращаться с важной стадией группового развития. Вместо того, чтобы иметь дело с амбивалентностью и неопределенностью жизни и любых отношений, группа может отступить на стадию фальшивой сплоченности, требующей послушания и не позволяющей иметь отличия. В результате группа будет сопротивляться этой здоровой стадии развития, и вместо этого атакует отклонившегося участника за «невыполнение программы».

Ванничелли, признавая перекрытие между тремя категориями сопротивления, считает полезным рассматривать сопротивление группы-как-целого также в рамках трех категорий:

1. **Отвлекающие занятия.** Группа активно вовлекается в одну тему или проблему, используя это как способ избежать более важной, фокусируясь на внешнем для группы кризисе, шутя или вступая в типовые взаимодействия.
2. **Защиты избегания.** Группа игнорирует болезненный материал, ведя себя так, как будто она не знает, что происходит, ведя себя сочувствуя, замолкая, игнорируя важные самораскрытия и используя другие формы бегства.
3. **Смещение.** Участники смещенным образом говорят о терапевтической группе — например, как сильно они ненавидят еженедельные собрания на работе или особенно встречи АА или Ал-Анона (1992, стр. 118).

Индивидуальное сопротивление

Даже самые мотивированные и полные энтузиазма члены группы будут демонстрировать сопротивление. Его нельзя предотвратить и, ради выздоровления и прогресса в лечении, его никогда не следует избегать. Работа с сопротивлением и, в некоторых случаях, его преодоление — источник самых жизненных и полных смысла событий, случающихся в процессе лечения. Бессознательные желания, страхи, фантазии, амбивалентность и вневшиеся, привычные характерологические паттерны — все это вносит свой вклад в то, что пациент обычно ведет себя, действует и даже думает деструктивно и самопораженчески. Эти действия и установки обычно находятся за пределами осознания, и поэтому устойчивы к разъяснению и попыткам угашения. Только поместив их в центр неотрицающего осознания человека, мы можем дать ему шанс изменить свои привычные черты. Чтобы в лечении наблюдался прогресс, сопротивление должно сначала проявиться и быть пережито.

Один из самых мощных и эффективных способов позволить сопротивлению проявиться — обеспечение индивидууму чего-то, чему можно противостоять или сопротивляться. Это и есть цель группового контракта — набора основополагающих правил, ожиданий и рабочих соглашений, которые, как вы ожидаете, пациент будет нарушать. «Терапевтический контракт обеспечивает ясные рамки ожиданий, отклонения от которых могут быть продуктивно исследованы» (Vannicelli, 1992, стр. 139). Ормонт, как это обычно бывает, сказал то же самое более красочно: «Мы даем им эти правила, потому что знаем, что они попытаются нарушить их. Потом мы спрашиваем их, почему они это сделали, и заставляем их рассмотреть и исследовать свои оправдания».

Любая лечебная программа и терапевтическая встреча подразумевает набор ожиданий, допущений и основных правил. Чем более подробным и ясным является этот рабочий контракт с группой, тем лучше для лечения, и тем проще ведущему. Поскольку контракт определяет ограничения ожиданий ведущего и обязанностей участников, большая часть важной работы в группе будет направлена на управление границами или терапевтическими рамками группы. Ценная информация будет сообщена членом группы, который: (1) опаздывает; (2) не приходит или не звонит; (3) не оплачивает счет; (4) избегает сообщать что-либо важное о своей жизни; (5) не использует равную долю времени для высказываний; (6) использует сексуальное отыгрывание; (7) использует химическое отыгрывание; (8) чрезмерно контактирует с участниками вне группы с целью сохранения секретов или формирования подгрупп; и (9) пытается сформировать особый альянс с ведущим.

Сопротивление ведущего группы

Сопротивление может также принять много форм и у ведущего. Многие формы имеют отношение к контрпереносу, с которым мы более подробно разбирались в Главе 13. Однако, здесь важно поговорить о терапевте, который не может выполнять свою часть группового контракта. Последний требует, чтобы ведущий проводил контракт в жизнь и активно спрашивал об отсутствиях, задержках, отыгрывании, оплате, слишком обильных или скудных высказываниях, а также о бесчисленных проблемах с границами, которые нужно поддерживать в группе.

Как бы ни важны были эти вопросы, они не идут ни в какое сравнение с тем, когда ведущий терпит неудачу в обращении к самой важной проблеме аддиктов и алкоголиков в лечении — а именно, к абстиненции и к неудаче в поддержании химической чистоты. Провал в поддержании абстиненции — самый критический вопрос и первичное требование лечения, если аддикт или алкоголик демонстрирует самое волнующее сопротивление, которое может встретиться терапевту при работе с этой популяцией. Необходимо подчеркнуть, что не все тяжело пьющие или злоупотребляющие тяжелыми наркотиками страдают аддикцией, по крайней мере в том смысле, в котором АА, АН или АК ее определяют. Если человек соответствует критериям аддикта или алкоголика в АА или другой двенадцатишаговой программе, он или она должны сохранять абстиненцию. Терапевт, соглашающийся с аддиктом или алкоголиком, который верит, что абстиненция — это вариант, а не необходимость, задействован в самом проблемном и опасном сопротивлении, которое может проявиться у представителей данной популяции.

Влияние ведущего на групповое сопротивление

Важность стиля ведения и личности ведущего часто игнорируется при оценке сопротивления. Браун (1985) указывает, что состояние БД «может быть, обязано своим существованием условиям, навязанным группе самим Биомом» (стр. 192). Кернберг (1984) выражает сходный взгляд, когда утверждает, что объяснения групповой динамики Биомом и Фрейдом были наблюдениями, определяемыми в большой степени их собственным влиянием на динамику группы. Кернберг продолжает указывать на наличие общей и ошибочно поддерживаемой веры в то, что ведущий не имеет качеств, которые воздействуют на группу, организацию или учреждение. Он утверждает, что это — результат потребности организации отрицать личность своего лидера. Точка зрения Кернберга состоит в том, что ведущий не может помочь, но воздействует на группу. Важнее всего то, что существуют некие черты ведущего, которые способствуют групповому сопротивлению. Когда присутствует ряд разрушительных для процесса лечения сопротивлений, возникающих в группе, отношение и контрперенос ведущего играют критическую роль в паттернах сопротивления.

Многим членам группы позволено проявлять направленные таким образом тенденции, поскольку ведущий либо игнорирует их поведение, либо нехотя делает некоторые попытки решения данного вопроса. Поскольку индивидуальное сопротивление члена группы может вызвать непринимаемые чувства у ведущего, он может постараться пережить свой собственный гнев, безразличие или тревогу вместо того, чтобы использовать их для конфронтации с ним. Следовательно, сопротивление члена группы никогда не будет иметь шанса выявиться и быть исследованным в группе. Чувства, стоящие за сопротивлением, остаются скрытыми и отрицаемыми, хотя последовательно отыгрываются. Как только сопротивление чувствуется, оно сразу должно быть исследовано. Если этого не происходит, это может усилить деструктивные паттерны поведения члена группы и привести к избеганию лечения. Все остальное должно быть отложено, как только обнаружилось сопротивление. Это должно стать главным делом. Не существует никаких терапевтических оправданий для отсрочки конфронтации с разрушающим лечение сопротивлением. Главным стремлением ведущего должно быть оберегание группы и ее существования ради каждого из ее членов.

В то время как контрперенос ведущего может способствовать его нежеланию разбираться с индивидуальными сопротивлениями в группе, существуют также определенные характеристики лидера, которые увеличивают сопротивление группы:

1. Недостаток эмпатии;
2. Неспособность соответствующим образом реагировать в нужное время;
3. Преждевременные или неверные интерпретации;
4. Враждебная конфронтация в группе в неподходящее время.

С другой стороны, существуют важные качества, которыми ведущий должен обладать, чтобы минимизировать сопротивление в группе. Для этого ведущий должен быть:

1. Умным;
2. Честным и неподкупным;
3. Немного нарциссичным;
4. Немного параноидальным.

Если он не будет немного нарцисс, он не будет обладать харизмой и энергией, необходимой для поддержания жизненности группы. Если не будет слегка параноидален, его будет легко одурачить или ввести в заблуждение. Он должен уметь смягчать и ослаблять проявления своей личности, чтобы не доминировать над группой и ее членами. Но он должен использовать свою личность и ее воздействие, чтобы справиться с сопротивлением в группе.

Сопротивление никогда не будет разрешено, если видеть в нем патологию. Такое понимание сдвигает сопротивление из области коммуникации на пациента. Только если ведущий способен спросить себя “Что этот человек сообщает мне своим сопротивлением?”, он сможет транслировать это назад пациенту. Это составляет сущность разрешения сопротивления в терапии. Сначала ведущий должен понять, что человек выражает своим сопротивлением, а затем объяснить это пациенту понятным ему языком. Многие терапевты выучили, что тишина нейтральна. Однако, зачастую понимание тишины как нейтралитета — лишь благое пожелание терапевта. Пациенты не воспринимают тишину как нейтральный акт, они принимают ее за безразличие и отвержение. Ведущий не должен ожидать, что пациенты поймут его интерес и заботу о них, то, что он благосклонен и слушает, пока терапевт не сообщит этого членам группы на доступном каждому из них языке.

Цель психотерапии — пережить то, что переживает пациент, и передать это понимание ему. Если индивид не понят, он отодвинется дальше. Каждому члену группы должно быть дано право согласиться, не согласиться или изменить то, что, как ведущий думает, он слышит. Если член группы не чувствует, что имеет право поправлять ведущего, он будет сопротивляться тому, чтобы делиться дополнительной информацией.

Целительный процесс возникает из коммуникации между членами группы и ведущим. Три вещи необходимо сделать, чтобы минимизировать и разрешить сопротивление:

1. Члены группы должны чувствовать безопасность, чтобы позволить вытесненному материалу стать сознательным.
2. Выражаемые чувства, ассоциирующиеся с этим материалом, должны быть приняты членами группы и ведущим.
3. Этот материал должен быть интегрирован в личность члена группы.

Каждый человек хочет ощущать непрерывность своей жизни. Чувство безопасности необходимо, чтобы делиться вытесненными или отрицаемыми аспектами “Я” с другими. Если это в группе есть, то ее члены дают выход своим чувствам, чтобы быть понятыми и принятыми. Эмпатическое понимание и принятие помогает вернуть значение и непрерывность в их жизнь. Эмпатические связи с другими делают интроспекцию глубже. Чувство, что другие тебя понимают как взрослого, переживается так, как будто поддержали как ребенка. Это укрепляет ощущение себя. Это — консолидация самости, ведущая к способности изменяться и уменьшающая необходимость сопротивления. Если человек будет чувствовать, что его понимают, старые защитные маневры больше не будут нужны. Если ведущий сфокусируется не на том, что сопротивление — патологическая защита, а на том, каковы его причины, он увеличит эффективность группы и здоровье ее членов.

Глава 15. Процесс исцеления в групповой терапии

Хайнц Кохут (1984 г.) в книге, опубликованной после его смерти, задал важный вопрос: «Каким образом излечивает психоанализ?». Поскольку Кохут отвечал на этот вопрос с точки зрения психологии самости, его ответ необходимо расширить, так как его формула не принимает во внимание особые целительные силы, присутствующие в групповой терапии. Психологическое лечение — это одновременно и процесс, и событие, на которое влияет множество разных факторов. Групповая терапия отличается от индивидуальной тем, что обстоятельства, влияющие на формирование группы, уникальны для каждой из групп. Тем не менее, как событие или как цель, лечение остается очень похожим как в индивидуальной, так и в групповой терапии. С точки зрения Кохута, человек выздоровел, если он может развивать здоровые объектные отношения. Говоря это, он имеет в виду, что психологически здоровый человек — это тот, кто обладает способностью вступать в здоровые межличностные отношения с другими здоровыми людьми. Межличностные искажения, манипуляции, патологическая зависимость и нереалистичные ожидания сводятся к минимуму. Самое важное заключается в том, что людей, достигших здорового уважения к себе, будут привлекать те, кто так же здоров, как они, и для общения они будут выбирать таких же здоровых людей. Кохут обнаруживает принцип: больные люди тянутся к больным людям, а здоровые — к здоровым. Поэтому он предполагает, что человек, «излечившейся» в терапии — это тот, кто развивает в себе способность искать и выбирать лучших и более подходящих ему друзей, любовников и партнеров. Кохут бросает вызов ошибочному убеждению, что здоровые или «вылеченные» люди больше не нуждаются в других, и что в своем поведении они могут быть полностью независимыми от мнений, действий и одобрения других людей. Для Кохута психическое здоровье определяется не столько полной автономией, сколько способностью заменять устаревшие и детские способы реализации своих потребностей на более зрелые способы достижения удовлетворения в своих взрослых взаимоотношениях. По словам Кохута, «Психология Я придерживается мнения, что Я-объектные отношения формируют сущность психологической жизни от рождения до смерти, что переход от зависимости (симбиоза) к независимости (автономии) в психологической сфере не более возможен (тем более, что он не желателен), чем соответствующий переход от жизни, зависящей от кислорода, к жизни, не зависящей от него, в биологической сфере. На наш взгляд, события, характеризующие нормальное развитие психологической жизни, должны отражаться в изменении природы взаимоотношений между Я и Я-объектами, но не в отказе Я от Я-объектов. В особенности, не следует понимать продвижение в развитии в понятиях замещения Я-объектов объектами любви, или движения от нарциссизма к объектной любви». (1984 г., стр. 47).

Если согласиться с описанием природы лечения Кохутом и с его определением психического здоровья, то встает вопрос: как этого достигнуть в групповой терапии? Кохут определяет, что достижение этого процесса в индивидуальной терапии возможно благодаря закладке психологической структуры. Он спрашивает: «Как происходит прирост психологической структуры?» (1984 г., стр. 98). А затем дает ответ на свой вопрос с точки зрения психологии Я. Психологическая структура закладывается (1) посредством оптимальной фрустрации и (2) вследствие оптимальной фрустрации, путем преобразующей интернализации (см. Главу 6). Лечение удается, когда люди, благодаря достаточно хорошим отношениям с подходящим, отражающим и заботящимся человеком, учатся уважать, принимать себя и заботиться о себе, а также не позволять, чтобы к ним относились пренебрежительно, несправедливо или причиняли им вред.

Групповая терапия соответствует описанию лечения Кохута в том, что она помогает заложить психическую структуру. Вопрос, на который необходимо ответить, это «как групповая терапия помогает человеку обрести прочное ощущение Я через оптимальную фрустрацию посредством преобразующей интернализации?». Кохут предполагает, что прочное чувство Я устанавливается по мере того, как участники прорабатывают на занятиях группы свои индивидуальные различия и усваивают более адаптивные способы решения межличностных и внутриличностных конфликтов. Группа способствует этому процессу, поскольку обеспечивает каждого участника источником поддержки, идентификации и принятия, и в то же время дает набор здоровых ценностей, которые они могут интернализировать и усвоить. В итоге, замещение каждым участником деструктивных личных норм на здоровые нормы группы поддерживается группой до тех пор, пока эти новые ценности не становятся частью психической структуры индивида.

Правильное понимание того, как происходит лечение в групповой терапии, включает в себя исследование двух связанных, но, несомненно, разных аспектов целительных сил, действующих в группе. Во-первых, существуют идентифицированные лечебные факторы, которые способствуют продвижению человека от патологического поведения к психологическому здоровью. В группе также происходит лечебный процесс, который ведет человека через последовательные и отдельные стадии улучшающегося здоровья, лечения и выздоровления. Ялом (1985 г.) провел исчерпывающее исследование по определению лечебных факторов в группе, а Рутан и Стоун (1984 г.) выполнили тщательный анализ существующих в группе лечебных процессов. Каждая из этих позиций будет описана в связи с Кохутовской формулой достижения здорового, цельного и спянного (когезивного) Я.

Лечебные факторы по Ялому

Лечение для Ялома — это чрезвычайно сложный процесс, который «происходит посредством замысловатого взаимодействия различно направленных человеческих переживаний», которые он называет лечебными факторами.

Этот комплексный процесс излечения сложным образом связан с тем, что Ялом определяет как лечебное изменение. Нельзя добиться излечения, пока член группы не изменится. Для достижения терапевтического изменения ведущий группы должен разработать стратегии и тактики, которые усилят лечебный процесс.

Ялом всесторонне оценивал эффективность групповой терапии (1995 г.). Он собрал ценную информацию, опрашивая членов и ведущих групп с целью выяснить качества, которые они находили полезными в групповой терапии. Хотя Ялом признает, что процесс групповой терапии сложен и что разные участники по-разному откликались на многие влияния группы, он считает, что, даже рискуя чрезмерно упростить эти сложные процессы, можно многого достичь, если попытаться определить и классифицировать эти разнообразие лечебные факторы. В течение нескольких лет проводились многочисленные исследования (Ялом, 1985 г.) с попытками определить порядок важности этих целительных сил. В большинстве исследований членов группы просили расположить утверждения, описывающие двенадцать возможных полезных качеств их опыта в группе, от наиболее полезного качества к наименее полезному. Двенадцать лечебных факторов резюмированы в таблице 15.1.

Чтобы понять воздействия, оказываемые этими факторами на выздоровление алкоголика и наркомана, каждый из факторов будет изучен с учетом особых обстоятельств лечения аддиктивного пациента в терапевтической группе.

Таблица 15.1. Лечебные факторы, действующие в психотерапевтической группе

1. **Альтруизм.** Чувство, что член группы помогает другим и является важным в их жизни. Люди на мгновение забывают о себе и сосредотачиваются на помощи другим. Людям нужно чувствовать, что в них нуждаются.
2. **Катарсис (отреагирование).** Выражение негативных или позитивных чувств по отношению к другим участникам и ведущему группы. Одобрение открытости и личностное изменение в результате попытки вести себя по-новому. Чувства больше не запираются внутри. Идет процесс научения тому, как их выражать.
3. **Экзистенциальные факторы.** Люди узнают, что в мире есть ограничения, и что только они сами несут ответственность за собственную жизнь.
4. **Сплоченность группы.** Эмоциональная открытость и принятие. Чувства принадлежности и одобрения вместе с ощущением теплоты и близости. Взаимная поддержка повышает самооценку. Устанавливается чувство «мы». Это — непереносимое условие эффективного лечения.
5. **Руководство.** Обмен информацией (то есть, «Почему бы тебе это не попробовать?» — советы). Ранняя стадия группы.
6. **Идентификация.** Люди учатся косвенно, слушая и наблюдая остальных членов группы.
7. **Вселение надежды.** Видеть, как другим становится лучше, знать, что группа уже помогла остальным — это вселяет в участников веру в метод лечения. Возникает ожидание того, что оно будет результативным.
8. **Межличностный вклад.** Возможность видеть, как ты относишься к другим людям, и как другие относятся к тебе, и затем продолжать работать, чтобы достигнуть более удовлетворяющих межличностных взаимоотношений.
9. **Межличностная отдача.** Пациенты открыто выражают чувства, и группа оказывает им поддержку. Группа позволяет пациентам исследовать какое-то событие со всеобщим подтверждением от других.
10. **Инсайт.** Пациенты обретают более объективный взгляд на межличностное поведение. Они приобретают некоторое понимание того, что они делают другим и с другими. Понимание «почему».
11. **Краткое повторение первичной семьи.** Группа сходна с семьей во многих аспектах. Нерешенные семейные проблемы возвращаются и корректируются.
12. **Универсальность.** Чувство, что человек не так уж отличается от других. «Мы все в одной лодке». Найдя общий знаменатель, члены группы становятся поддержкой друг для друга.

Лечебные факторы в группе

Сплоченность

Вероятнее всего, групповая сплоченность будет более важным фактором при работе с алкоголиками, чем с неалкоголиками, потому что конфликты зависимости обычно связаны с алкоголизмом. Браун и Ялом (1977 г.) предполагают, что сплоченность сама по себе не является лечебным фактором, но все же она - непереносимое условие эффективной терапии. Браун и Ялом показывают, что в начале жизни группы проблема алкоголизма служит объединяющей темой, и участники зачастую связываются этими общими узлами до тех пор, пока не разовьются новые источники сплочения. Очень важно, чтобы психотерапевт воспользовался преимуществом этой связи. По утверждению Ялома, позже становится возможным выделить каждого пациента, исследуя с группой различные защитные функции, которые алкоголизм имел в его или ее жизни. Поддержка и поощрение группы могут служить мощным стимулом первичной цели — трезвости. После установления атмосферы поддержки и заботы группа может содействовать межличностным и внутриличностным изменениям.

Универсальность

Имея в виду свидетельства существования посталкогольной личности, можно отметить, что универсальность также будет иметь больший лечебный эффект у алкоголиков, чем у неалкоголиков. Браун и Ялом (1977 г.) обнаружили, что в основном алкоголикам было трудно провести различие между мыслью и поступком. Многие из них реагировали на фантазии с такими же чувствами вины и страха, которые бы сопровождали их реальное осуществление. Хотя это исключает работу с фантазией как терапевтическую опцию в группе, но свидетельствует о важности, которую может играть универсальность в успокоении алкоголиков на тот счет, что они уникальны в своей отвратительности. Это чувство уникальности повышается у алкоголиков ввиду их социальной изоляции и чувства вины, связанного с их пьянством. Феномен, описываемый Яломом как процесс «добро пожаловать назад» в человеческий род, происходит в результате того, что люди делятся схожими тревогами и переживаниями. Это — важный лечебный фактор на ранних стадиях выздоровления алкоголика. Часто случается так, что алкоголики впервые в жизни осознают, что они не одиноки в своем личном и уникальном аду. Осознание того, что есть другие люди, разделяющие их состояние, может послужить сильным стимулом к выздоровлению, прощению и принятию себя.

Вселение надежды

Члены группы часто отмечают в конце терапии, как важно для них было наблюдать улучшение состояния других (Ялом, 1985 г.). Психотерапевт группы ни в коем случае не должен упускать из виду этот фактор, периодически привлекая внимание к улучшению, демонстрируемому участниками. Фактически, одна из самых сильных сторон Анонимных Алкоголиков — то, что каждый выздоравливающий — это живой пример, вдохновляющий других. Не случайно на встречах Анонимных Алкоголиков членов группы побуждают рассказывать о своем падении и спасении.

Таким же важным является тот факт, что в начале терапии алкоголики обычно находятся в состоянии кризиса. В прошлом они пытались контролировать свой алкоголизм множество раз, и потерпели неудачу. К тому же такие типичные характеристики пациентов-алкоголиков, как зависимость и пассивность, требуют того, чтобы психотерапевт был директивным и нес им послание о том, что им могут помочь. По сути, зачастую очень выгодно открыто заявить, что если пациент решит следовать рекомендациям и Анонимных Алкоголиков, и психотерапевта, есть много шансов, что он будет сохранять трезвость и воздерживаться от выпивки еще в течение двух лет после окончания лечения. Это особенно важно, учитывая тот факт, что 90% рецидивов случаются в течение первого года трезвости (Chalmers & Wallace, 1978 г.)

Обмен информацией

В большинстве терапевтических групп обмен информацией не высоко ценится как метод лечения (Ялом, 1985 г.). Однако, при лечении алкоголизма ситуация в точности противоположна. Если и не очень ценно, то, по крайней мере, очень важно, чтобы выздоравливающим алкоголикам предоставлялось большое количество информации об алкоголизме. Концепция болезни, толерантность, психологические трудности и аддиктивный процесс — все это простые, но критически важные вопросы, о которых должны знать все алкоголики. Алкоголики, считающие свой алкоголизм физиологическим нарушением, осложненным психологическими, социологическими и культурными факторами, демонстрируют наилучшие шансы на выздоровление.

На ранних стадиях трезвости, поскольку чувство вины непродуктивно как для лечения, так и для принятия концепции заболевания, не стоит поощрять пациентов глубоко копаться (за исключением поверхностного опыта пьянства) в проблемах прежней жизни. Вместо этого, время терапии нужно тратить на обмен информацией о том, что такое алкоголизм и как избегать выпивки. Это удовлетворяет потребность алкоголиков в структуре и руководстве, и в то же время помогает им объяснять свое пьянство в рамках того, что Уоллес и Ялом называют соответственно «экзотическим верованием» и «жизненной ложью». Фер (Fehr, 1976 г.) соглашается с тем, что на ранних стадиях лечения, когда психотерапевт работает индивидуально с каждым пациентом, взаимодействие между членами группы должно быть ограничено. Эта начальная часть лечения описывается как диагностико-обучающая фаза, на которой пациент выявляет те проблемы, которые способствовали и были связаны с чрезмерным употреблением алкоголя. В ходе этого процесса алкоголики могут научиться становиться доверенным лицом для себя и других членов группы. Таким образом, на ранних стадиях лечения время групповой психотерапии используется более действенно для индивидуальной диагностической работы с каждым пациентом.

Экзистенциальные факторы

Ялом (1975 г.) подчеркивает решающий принцип межличностного изменения: «Этот принцип — что изменениям предшествует состояние диссонанса или неконгруэнтности — получил значительные клинические и социально-психологические исследовательские подтверждения» (стр. 263). Это особенно верно для алкоголиков, которые, злоупотребляя выпивкой, создали глубокую пропасть между своими трезвыми ценностями и алкогольным поведением. В отличие от типичных невротических пациентов, алкоголики испытали «пребывание в своей собственной преисподней, переживание, которое Анонимные Алкоголики описывают как падение на дно. Некоторые алкоголики выкарабкиваются из этого состояния с повышенным уровнем интеграции. Однако, многие — нет» (Brown & Yalom, 1977, стр. 447).

Падение на дно имеет двойное значение для терапии: это одновременно и препятствие, и потенциально бесценный ориентир. Подобный опыт (или, говоря словами Ясперса, «пограничная ситуация») при правильной интеграции может привести к росту (Ясперс, 1975 г.). «Когда пациенты сталкиваются со своими ограничениями, своими символическими смертями, они часто способны совершить серьезнейшие перемены в своих жизненных перспективах. Они могут изменить приоритеты своих потребностей и перестать придавать большое значение мелочам жизни». (Браун и Ялом, 1977 г., стр. 448).

По опыту Ялома, в терапии невротики часто избегают религиозных и экзистенциальных факторов в группе, даже если таковые их сильно заботят. Ялом считает, что группы невротиков часто склонны смягчать, замазывать трагедию жизни, но те члены группы, кто погружается глубоко в себя, кто противостоит своей судьбе более открыто и решительно, переходят в модус существования, который гораздо богаче, чем тот, что был у них до болезни. Ни для кого это не будет более справедливо, чем для пациентов, страдающих алкоголизмом, которые признают и делятся общей темой, на которую их направляет философия Анонимных Алкоголиков (Анонимные Алкоголики, 1955 г.). Развитие аутентичности характера после того, как человека толкнули на край психической бездны — тема, которую освещали самые популярные экзистенциальные писатели (Buber, 1960, Camus, 1960, Heidegger, 1963, Sartre, 1956). Ялом согласен с Камю, когда тот выражает идею, что ни одно человеческое существо не воспринимает свою жизнь с полной серьезностью до тех пор, пока оно полностью не примирилось со своей властью положить ей конец.

Такие темы, как самоубийство, падение на дно и трагедия жизни, гораздо более осмысленны в группах алкоголиков, чем это обычно бывает в группах неалкоголиков. Психотерапевта, помогающего пациенту здоровым образом интегрировать свой опыт, не должен отпугивать ужас пациента. Он должен мягко и постоянно возвращать алкоголика к его переживанию. «Любой ужас, к которому достаточно часто возвращаешься, обезвреживается». (Браун и Ялом, 1977 г., стр. 477).

Альтруизм

Хотя поведение алкоголика в состоянии опьянения и может натолкнуть на обратную мысль, в действительности алкоголики не любят межличностных конфликтов и не умеют хорошо их улаживать. В группе они будут эмоционально поддерживать друг друга, и если ощутят, что кто-то испытывает слишком сильный дискомфорт, они поспешат к нему на помощь, часто мешая важному и необходимому терапевтическому катарсису. Психотерапевт скоро обнаружит, что алкоголики лучше проявляют себя в отношениях, характеризующихся скорее дополнительным, чем конкурентным взаимодействием. Браун и Ялом описывают алкоголиков в своем исследовании как необычайно совестливых, отнюдь не бесшабашных людей. «Они были чрезвычайно склонны брать на себя ответственность и вину за подавленную атмосферу в группе или за страдания, испытываемые другими» (стр. 450). Эти пациенты были чрезмерно осторожны и вообще испытывали глубокое чувство ответственности за других людей. Главным образом они избегали любого поведения, которое могло бы причинить боль другому. Это глубокое чувство заботы и поддержки, очевидное в группах алкоголиков, может стать ценным лечебным средством. Ялом объяснял, что такая повышенная бдительность становится причиной постоянного поиска признаков беспокойства; члены группы часто игнорируют свои собственные потребности в попытке быть полезными другим. Ялому было очевидно, что это часть более глубокой и общей характерологической структуры, одинаковой для всех участников его исследования.

Идентификация, межличностный вклад и отдача

Благодаря взаимодействию с психотерапевтом и группой алкоголик научится — часто впервые — устанавливать осмысленные и трезвые отношения с другими людьми. Как правило, все его общение в прошлом находилось под влиянием употребления алкоголя или было его результатом. Некоторым людям, которым не хватает близких взаимоотношений, группа может предоставить первую возможность получить точную межличностную обратную связь. Основное чувство алкоголика — чувство отдельности и изоляции должно уступить место чувству, что он является частью и находится в относительной гармонии с тем, что происходит вокруг него или нее. Во многих случаях группа достаточно хорошо удовлетворяет эту потребность.

Катарсис (Отреагирование)

Как показывает Ялом, интенсивность эмоционального выражения чрезвычайно относительна. Отсюда следует, что выражение эмоции должно оцениваться и пониматься с учетом особенностей индивида. Для алкоголика или наркомана кажущееся смягченным выражение эмоции может быть событием значительной силы. Вопреки мнению многих людей, алкоголики и наркоманы не умеют хорошо контролировать выражение эмоций. Обычно они неспособны регулировать экспрессию собственных чувств. Эта проблема частично объясняется тем, что, как правило, у алкоголиков и наркоманов нет подходящих моделей демонстрации аффекта. Свойственные им способы выражения чувств бедны и неадекватны. Как правило, алкоголики и наркоманы хорошо умеют подавлять неудобные чувства и часто удерживают свое настоящее аффективное состояние далеко от собственного сознания. Часто их бессознательный страх заключается в том, что как только они начнут выражать эмоции, они будут переполнены и подавлены ими или взорвутся. Однако, если алкоголики или наркоманы не войдут в контакт со своими чувствами и не научатся справляться с импульсами, скорее всего, полноценного лечения не будет. Следовательно, терапевты должны все время наблюдать за состоянием группы и, как предупреждает Уоллес, проводить участников между Сциллой слишком слабого и Харибдой слишком сильного выражения эмоций.

Поэтому основная задача группового терапевта включает в себя выбор безопасного курса между этими двумя одинаково опасными альтернативами. Важно уменьшать отрицание и поощрять возросшее самоосознание и эмоциональное возбуждение, связанное с самораскрытием, одновременно удерживая тревогу на минимальном уровне. (Wallace, 1978b). Это означает, что психотерапевт группы должен довольствоваться постепенно углубляющимся самораскрытием, не требуя драматических прорывов.

В отличие от невротиков, чьи защиты часто неадекватны, алкоголики и наркоманы прекрасно умеют не впускать беспокоящие чувства в свое сознание. Однако, если терапевт настаивает на том, чтобы алкоголик или наркоман почувствовал и выразил свои эмоции слишком скоро, обычным последствием является переполнение затопляющим потоком эмоций. Этого следует избегать на ранних стадиях выздоровления. По опыту автора, многие ранние и преждевременные катарсисы в группе давали пагубные долгосрочные результаты. Хотя психотерапевту часто приносит удовлетворение снятие защит алкоголиков и наркоманов, чтобы они соприкоснулись с давно подавляемыми чувствами, обычным результатом этого является отказ человека от лечения. Поэтому многие теоретики психодинамики определяют работу терапевта с этими людьми как направленную на увеличение силы эго.

Как пишут Эрв и Мириам Полстер (1973 г.), у человека есть причины для присутствия защиты, и эту защиту не нужно убирать слишком быстро. Уоллес соглашается с этим, уточняя: «отрицание присутствует ради какой-то цели, это — клей, удерживающий уже разрушенную систему самооценки. И это — тактика, благодаря которой можно контейнировать в ином случае переполняющее чувство тревоги» (Уоллес, 1977 г., стр. 15). С другой стороны, как пишет Ялом, мало шансов на то, что в человеке будут происходить устойчивые изменения, если не будет состояния эмоционального возбуждения, сопровождающего понимание себя. Понимание себя само по себе только питает защитную систему алкоголика и наркомана и усложняет лечение. Последствие инсайта без катарсиса — это алкоголик или наркоман, который может рассказать вам все причины, почему он или она пьет и принимает наркотики, продолжая их употреблять. Несомненно, в этой области своего выздоровления алкоголики и наркоманы нуждаются в некоторой помощи.

Повторение семьи

Как показывает Ялом и подтверждает исследование, посвященное важности разных культурных факторов, повторение опыта первичной семьи часто не рассматривается участниками группы как полезное. Однако, как указывает Ялом, только те члены группы, чей опыт жизни в семье был удачным, считали этот фактор важным. Поэтому Ялом предполагает, что проблема повторения семьи является существенной, даже если члены группы так не считают. Я думаю, это верно и в группе аддиктивных пациентов. Один из лучших предвестников алкоголизма — это то, из какой семьи происходит человек. Неполная семья — причина 40% случаев алкоголизма, и 40 % (выборки частично перекрываются) сообщали о проблемах с алкоголем, по крайней мере, у одного из родителей (Ray, 1972). Таким образом, групповая терапия позволяет участникам понять собственные установки и защиты, касающиеся пьянства, наблюдая точно такие же установки и защиты у других людей, столкнувшихся с похожими проблемами.

Однако, как предполагает Ялом, несмотря на то, что призрак ранних семейных переживаний часто преследует членов группы, как правило, непродуктивно напрямую фокусироваться на этой теме. Скорее, изменение во взгляде на прошлое и понимание влияния раннего семейного опыта будет результатом жизненности работы, которую алкоголик или наркоман совершает в настоящее время. Менее вероятно, что изменение произойдет вследствие прямого расспроса об опыте семейной жизни в прошлом. Также разговор о родителях в прошлом может стать защитой от рассмотрения чувств и вопросов, которые есть у членов группы друг к другу, и их теперешних усилий продолжать воздерживаться от употребления алкоголя и наркотиков. Наркоманы и алкоголики обычно умело «играют в психотерапевтическую игру» и рано обнаруживают, что это та тема, на которую профессионалы обычно любят «набрасываться, потому что это такая острая проблема». Следовательно, открытое сосредоточение на родительском влиянии и опыте часто приводит к дискуссии, которая только дает пищу защитной системе алкоголика или наркомана и препятствует эффективной работе группы в настоящем.

Понимание себя

Ялом критикует наивное популярное представление о психотерапии как о «детективном поиске... выкапывании или срывании» защит до тех пор, пока человек не обнаружит и не опознает подлинные негативные аспекты своей природы. Однако, члены групп в первоначальном исследовании Ялома говорили о понимании себя как об «открытии и принятии ранее неизвестных или неприемлемых частей себя» (Ялом, 1975 г., стр. 92). Поэтому имеющееся здесь в виду понимание относится и к открытию участниками собственных ранее неизвестных и неопознанных положительных аспектов. Групповая терапия алкоголиков и наркоманов должна основываться на этом принципе. Поскольку обычно аддиктивные индивиды испытывают сильнейшие чувства стыда, смущения и ненависти к себе, для них будет чрезвычайно целительным узнать, что другие могут видеть их в положительном свете. Как пишет Курц (Kurtz, 1982), алкоголики страдают от глубокого стыда. По сути, Курц считает Анонимных Алкоголиков программой для его лечения. В то время как большинство форм западной психотерапии направлены на исцеление от чувства вины, Анонимные Алкоголики нацеливают лечение на более глубокую, первичную эмоциональную задержку. По Курцу, вина подразумевает: «Я чувствую себя плохо из-за чего-то, что я совершил».

Стыд, более глубокое чувство, с которым борются все алкоголики и наркоманы, подразумевает: «Я чувствую себя плохо из-за того, какой я есть». Групповая терапия должна улучшать понимание себя и увеличивать самопринятие, признание себя человеком достойным, несмотря на сильное чувство ненависти к себе. По Курцу, исцеление чувства стыда требует большего, чем просто разговоров о стыде. Оно требует, чтобы алкоголики и наркоманы распознавали в других людях их чувство ненависти к себе и, в конечном итоге, принимали других людей, чувствующих то же самое, что и они. Этот принцип — прежде, чем человека можно будет излечить, он должен понять, что может излечить другого — Сирлз (Searles, 1973) называет «лечебным симбиозом». Хотя Сирлз в своем описании имеет в виду психотерапевта, этот принцип также применим и к членам группы. Он дает человеку возможность узнать, что он способен быть лекарем и помочь другому, что говорит в пользу групповой психотерапии. Фактически, это и есть принцип, применяемый Анонимными Алкоголиками на двенадцатом шаге их программы выздоровления. Алкоголики и наркоманы поддерживают собственную трезвость, помогая стать трезвым другому алкоголику или наркоману.

Лечебные факторы Анонимных Алкоголиков

Важно помнить, что лечебные факторы Ялома работают не только в групповой терапии, но также и в программе Анонимных Алкоголиков. Несмотря на то, что обстоятельства и терапевтические механизмы изменения могут отличаться, процесс исцеления очень сходен, хотя каждая группа придает большее значение и считает более ценными разные лечебные факторы. Эмрик, Лассен и Эдвардс (Emrick, Lassen, Edwards, 1977) изучали эту возможность и искали в литературе Анонимных Алкоголиков прямые или не прямые ссылки на двенадцать лечебных факторов Ялома. Их исследование показало, что десять из двенадцати факторов действовали в группах А А. В таблице 15.2 приведены полученные ими результаты, расположенные в порядке убывания важности лечебных факторов.

По заключению Эмрика, Лассена и Эдвардса (1977), «если факторы, упоминаемые чаще, играют более существенную роль у Анонимных Алкоголиков, тогда композиция механизмов изменения, действующих там, отражается в порядке важности факторов» (стр. 130). Сравнивая их расстановку с расстановкой Ялома (1985 г.), Эмрик и коллеги предположили, что группы Анонимных Алкоголиков по-иному оценивают роль и важность лечебных факторов. Очевидно, что АА придают большее значение руководству, идентификации и вселению надежды, в то время как профессиональная групповая терапия больше полагается на межличностное обучение, катарсис, инсайт и экзистенциальное осознание. Для того, чтобы определить степень сходства между этими двумя подходами, Эмрик, Лассен и Эдвардс (1977 г.) посчитали ценным сопоставить их путем случайного опроса алкоголиков из психотерапевтических групп и групп АА. Затем они решили применить инструмент Ялома для измерения восприятия лечебных факторов членами группы. Далее они исследовали совпадения и различия лечебных эффектов, основанные на индивидуальных характеристиках, носителям которых в разной степени подходят АА или профессиональная помощь. Они утверждают:

«...подходящие для Анонимных Алкоголиков клиенты — это те люди, которые отзывчивы к товарищам, стремятся к духовно-ориентированному подходу, не чувствуют неудобства, рассказывая о своем алкоголизме перед большими аудиториями, и наслаждаются общением с завязавшими алкоголиками. Люди, особенно подходящие для профессиональной помощи — это те алкоголики, которые... прислушиваются к специалистам, сильно погружены в интроспекцию, смотрят на алкоголизм как на психологическую проблему, хотят обсуждать это максимум с несколькими людьми...» (стр. 138).

Таблица 15.2. Частота называния (N=26) лечебных факторов, эффективно действующих в группах Анонимных Алкоголиков

Лечебный фактор	Число называний
Альтруизм	21
Групповая сплоченность	20
Идентификация	14
Вселение надежды	12
Руководство	12
Универсальность	10
Катарсис	8
Инсайт	6
Межличностное обучение, отдача	2
Повторение семьи	1
Межличностное обучение, вклад	0
Экзистенциальное осознание	0

Источник: Эмрик, Лассен и Эдвардс (1977 г.)

Лечебные факторы, действующие в различных типах психотерапевтических групп

Канас и Барр (Kanas, Barr, 1982) искали ответ на вопрос, чем может отличаться амбулаторная психотерапевтическая группа для алкоголиков от стационарной. Они также сравнивали расстановку по важности тех же лечебных факторов у стационарных и амбулаторных пациентов-неалкоголиков. В таблице 15.3 приводится результат их исследования.

Таблицы 15.2 и 15.3 показывают важность сплоченности в психотерапевтической группе. Хотя ни одно из индивидуальных исследований конкретно не выделило сплоченности в качестве самого главного фактора, сложный порядок индивидуальных лечебных факторов раскрывает универсальную важность сплоченности в группах. Как утверждает Ялом, «групповая сплоченность — это неперенное условие эффективной длительной терапии, и хороший психотерапевт должен направлять свои усилия на максимальное развитие этого лечебного ресурса» (1985, стр. 111). Описывая существующие в группе лечебные факторы, Ялом проводит различие между теми, которые являются механизмами изменения, и теми, которые выступают условиями для него. Невозможно переоценить важность достижения сплоченности в группе. Повторные исследования и собственное клиническое заключение Ялома указывают, что в группе необходимо установить атмосферу безопасности и доверия, прежде чем придут в действие другие лечебные факторы. Хотя сплоченность сама по себе может быть не более важной, чем любой другой фактор, она является неперенным условием, позволяющим привести в движение механизмы изменения и излечения.

Механизмы изменения и лечения в групповой терапии

Модель интеракционной групповой терапии Ялома предоставляет ведущим уникальную возможность оценить способность членов группы вступать в здоровые или деструктивные межличностные отношения. В свете того, как описал излечение Кохут (приведено ранее в этой главе), жизненно важно модифицировать межличностные и внутриличностные искажения участников, чтобы они могли достичь психологического здоровья. Это важно по двум причинам. Первая, особо выделяемая Карлом Роджерсом, Хайнцем Кохутом и другими теоретиками объектных отношений, заключается в том, что обладать потенциалом для построения здоровых, аутентичных человеческих отношений — это уже само по себе мощный, действенный целительный процесс. Вторая причина заключается в том, что, как правило, люди относятся к другим и обращаются с ними так же, как они относятся и обращаются с самими собой. Например, критичные, суровые люди обычно критичны и суровы с собой.

Исследование	Ялом (Yalom, 1975)	Макмен (Maxmen, 1973)	Фини и Дрангер (Finney, D'Augelli, 1976)	Канас и Барр (Kanas, Barr, 1981)	Смешанный ранг
Область исследования	20 стационарных психиатрических пациентов	100 амбулаторных психиатрических пациентов	20 амбулаторных пациентов-алкоголиков	8 стационарных пациентов-алкоголиков	
Количество часовых занятий	Около 64	9	Около 35	36,8	
Средняя продолжительность	16 месяцев	18 дней	49 дней	25,9 недель	
Метод определения	Q-sort	Анкетирование	Анкетирование	Q-sort	
Порядок расстановки					
Межличностный вклад	1	5	3	7	3,7 (2)
Катарсис	2	8	1	6	5,7 (6)
Групповая сплоченность	3	2	4	3	3,0 (1)
Инсайт	4	9	2	8	5,7 (6)
Межличностная отдача	5	7	7	4	5,0 (5)
Экзистенциальные факторы	6	6	6	9	4,2 (4)
Универсальность	7	4	8	5	4,0 (3)
Восприятие надежды	8	1	5	1	5,7 (6)
Альтруизм	9	3	9	2	6,7 (7)
Повторение семьи	10	11	10	11	10,4 (10)
Руководство	11	10	11	10	11,0 (11)
Идентификация	12	12	12	12	12,0 (12)

Прощающие, заботливые и честные люди, скорее всего, таким же образом относятся и к себе самим. В большинстве случаев внешние обмены с другими — это четкое отображение внутренней реальности человека. Существует множество окон в мир бессознательного. Перенос, свободные ассоциации, оговорки, язык тела, стили характера, сны, навязчивости и сопротивления — дополнительные методы проникновения во внутренний мир человека. Другой прекрасный способ понять бессознательный процесс человека — это наблюдение за его объектными отношениями и межличностными обменами с другими членами группы.

Ведущие групп, работающие в традициях Салливана, Роджерса или объектных отношений, выделяют преимущества взаимоотношений здесь и сейчас и коррективного эмоционального опыта как главной лечебной силы перед классическим инсайтом. Как пишут Рутан и Стоун, «присутствие в групповой терапии переплетения человеческих взаимоотношений, а не просто общения один на один с психотерапевтом, увеличивает возможности для разнообразных переживаний, которые могут привести к изменениям» (1984 г., стр. 53).

Рутан и Стоун также утверждают, что для достижения структурных изменений, необходимых для восстановления фрагментированного или поврежденного эго, в группе прежде всего должна царить атмосфера безопасности, доверия и сплоченности. По их мнению, группе нужен ненавязчивый ведущий, если ее члены собираются достаточно долго ослаблять свои защиты, чтобы позволить проявиться своим паратактическим искажениям и фрагментированным Я. Тогда, в конце концов, их можно исследовать и изменить.

Рутан и Стоун выделяют три механизма изменения, необходимых для лечения людей в группе. Эти механизмы таковы:

1. имитация
2. идентификация (отождествление)
3. интернализация

Имитация

Когда члены группы видят, как кто-то получает пользу от того, что открыто делится с другими и выражает эмоции, они обретают решимость поступать подобным же образом, чтобы облегчить свои симптомы, удовлетворить потребность принадлежать и быть принятым другими участниками. Рутан и Стоун пишут:

«В терапевтической группе у людей есть возможность наблюдать многие взаимодействия, стили общения и способы решения проблем. Большая часть раннего обучения в группе является подражанием. Пациенты, которым трудно переносить сильные эмоции и делиться ими, вначале могут наблюдать за тем, как интенсивно взаимодействуют другие члены группы. По мере того, как они узнают, что другие участники не пострадали, а наоборот, сблизилась благодаря этим обменам, такие пациенты видят в этом какую-то надежду на изменение и, вследствие этого, могут начать делиться чувствами, подражая тем, кто справляется с этим более успешно. Хотя в первую очередь имитация используется на ранних стадиях членства в группе, она остается одним из способов, благодаря которому участники приобретают новые варианты поведения на протяжении всего срока лечения. Успехи, достигнутые в результате имитирующего поведения, делают группу более привлекательной, усиливая желание принадлежать к ней, и увеличивают сплоченность. Это способствует идентификации членов группы друг с другом. Использование подражания — это результат ощущения, что другие достигли в этом успеха, а также средство обнаружения альтернативных способов мышления, выражения, поведения. Подражание ни в коем случае не ограничивается групповой терапией, но групповая терапия, в силу разнообразия взаимодействий и взаимоотношений, увеличивает возможности изменяться путем подражательного обучения» (1984, стр. 54).

Идентификация

Идентификация долгое время была излюбленным теоретическим механизмом для объяснения того, как дети развивают в себе определенные качества и генерализованные паттерны поведения, схожие с таковыми их родителей. В классическом варианте идентификация — это бессознательный процесс, в результате которого человек копирует или следует примеру другого, которым восхищается, которого уважает или на кого стремится походить. То, что члены терапевтической группы и сама группа становятся сплоченными и привлекательными, содействует их идентификации друг с другом. Рутан и Стоун так описывают важность этого процесса для стимуляции целительных сил в группе:

«Идентификации возникают не только из содержания воспоминаний, ассоциаций и чувств, но также и в процессе рассказа о них. Сознательно эти отождествления могут быть выражены как чувства притяжения, принадлежности и привязанности к другим участникам и к самой группе. Это — строительные блоки, из которых строится сплоченность группы. Подобным же образом, универсализация, развитие ощущения, что человек не одинок в своих чувствах, также увеличивает привлекательность группы и идентификацию между ее участниками. Начинается циклический процесс, усиливающий эти мощные влияния, которые члены группы оказывают друг на друга. В свою очередь, результирующие идентификации изменяют основные способы их восприятия и реагирования. Поднимающееся строение, сложенное из отождествлений, закладывает основу для устойчивых изменений». (1984 г., стр. 56).

Интернализация

Третья и последняя стадия изменения и излечения завершается тем, что члены группы интернализуют ценности, нормы и поведение других участников. Это сигнализирует о действительно независимом движении к психологическому здоровью и излечению. Для того, чтобы произвести в себе изменения, членам группы больше нет надобности полагаться на более примитивные внешние источники идентификации или имитации. Благодаря разрешению конфликтов и постоянному исследованию эмоциональных взаимодействий в группе, медленно и методично закладывалась психическая структура. Рутан и Стоун писали о важности этой перемены:

«Интернализация дает большую гибкость в обращении как с внутренними состояниями, так и с взаимодействиями. Она является результатом проработки конфликтов или построения новой психической структуры, призванной справиться с тревогой, которая ранее была разрушительной. Психотерапевт может способствовать здоровой интернализации, детально и повторно исследуя эмоционально нагруженные взаимодействия.

Через идентификацию, прояснение и интерпретацию люди интегрируют знания, приобретенные в транзакциях здесь-и-сейчас, с их источниками и прежними предположениями. Результатами этого являются как возросшая интеграция аффектов и объектных отношений, так и уменьшение внутренних конфликтов. Последствия этого наблюдаются на встречах группы, где пациент может продемонстрировать новые способы реакции на повторяющийся стимул». (1984 г., стр. 57).

Описываемые Рутаном и Стоуном механизмы изменений, происходящих в терапевтической группе, также действуют и у Анонимных Алкоголиков. Проходя через начальные этапы выздоровления, алкоголики начинают с первой стадии, подражая поведению других алкоголиков и заявляя: «Я не могу пить». При посещении многочисленных встреч АА начинающие выздоравливать алкоголики осознают: чтобы оставаться трезвыми, они должны подражать поведению других участников АА. Это — начальная стадия, настоятельно требующая внешнего контроля (госпитализации, детоксикации, антабуса и т.п.). На этой стадии алкоголик нуждается в защите от собственного импульса — выпить. Вторая фаза — это то, что Уоллес (1987 г.) называет стадией «Я не буду пить». Теперь алкоголики отождествляют себя с другими членами АА. На этом этапе их стремление сохранять трезвость обуславливается не внешними воздействиями и давлением, а в большей степени их собственным желанием оставаться трезвыми и активными членами группы. Третья и заключительная стадия — это стадия интернализации, которую Уоллес называет «Мне не нужно пить». Решение конфликта найдено. Алкоголики с успехом проработали двенадцать шагов программы и достигли высокого уровня спокойствия в своем выздоровлении. Хотя ни у одного алкоголика никогда нельзя полностью исключить опасность срыва, на этом этапе выздоровление гораздо более стабильно, чем на любом другом. (См. таблицу 15.4).

Таблица 15.4. Стадии лечения

СТАДИИ	СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА	ЛЕЧЕНИЕ
1 стадия	«Я не могу пить» (необходимость во внешнем контроле) Имитация	Детоксикация Антабус Анонимные Алкоголики (первые 4 шага) Директивная психотерапия Госпитализация Просвещение
2 стадия	«Я не буду пить» Идентификация	Поддерживающая психотерапия Анонимные Алкоголики (все 12 шагов)
3 стадия	«Мне не нужно пить» Интернализация	Анонимные Алкоголики — спонсорство и 12-й шаг Инсайт-ориентированная психотерапия

адаптировано из Zimberg (1978 г.)

Лечебный процесс

Рутан и Стоун убеждены, что механизмы изменения, задействованные при имитации, идентификации и интернализации, усиливаются лечебными процессами, которые требуют конфронтации, прояснения, интерпретации и проработки. Каждый из этих факторов характерен для разных стадий лечебного процесса.

Конфронтация

При лечении аддиктивных пациентов конфронтация необходима в начале процесса. В центре внимания должны быть не бессознательные допущения алкоголика или наркомана; скорее, ведущий группы должен постоянно указывать им на внешние аспекты их поведения. Цель лечения на начальных стадиях выздоровления — сделать для алкоголиков или наркоманов то, чего они не могут сделать для себя сами. Поскольку их отрицание так сильно, а патологические защиты так ригидны, они нуждаются в сильных, полных заботы отношениях с ведущим группы, который служит контейнером для их гнева и тревоги, в то же время указывая (в необвиняющей манере) алкоголикам или наркоманам на деструктивные паттерны их поведения.

Для того, чтобы научиться успешно конфронтровать, требуются: 1) выбор времени; 2) способность создать альянс и 3) эмпатия. Если эти навыки развиты недостаточно, члены группы будут реагировать оборонительно, эмоционально отстраняться, атаковать группу и ее членов из-за своих собственных страхов, или бросят лечение.

Однако, конфронтация может принимать различные формы. Рутан и Стоун указывают на многие из них. Конфронтации в группе могут быть заразными и по-разному влиять на каждого из участников.

«Большинство конфронтаций происходит между членами группы или между терапевтами и членами группы. Однако, одна из форм конфронтации отличается от остальных. Глядя в целый ряд зеркал, пациенты могут наблюдать за тем, как другие демонстрируют непродуктивное и патологическое поведение, и заинтересоваться тем, в какой степени они сами ведут себя таким же или подобным образом.

Это — форма самоконфронтации. В терапевтической группе никакая конфронтация не может быть изолирована. Каждый член группы слышит ее и подвергается ее влиянию, даже если первоначально конфронтация была направлена на другого участника. Поэтому вмешательство должно принимать во внимание нечто большее, чем открытость конкретного человека к тому, чтобы его услышать. Интервенция должна подразумевать и то, что у других членов группы возникнут свои отклики». (1984 г., стр. 61).

Прояснение

Прояснения в группе следуют за взаимодействием и конфронтацией. Их цель — четкая фокусировка на взаимодействиях и обменах людей. Прояснения помогают членам группы увидеть повторяющиеся паттерны своего поведения. По мере того, как группа прогрессирует в своем развитии, разные модели поведения каждого из участников начнут всплывать на поверхность. Это — срединная фаза процесса групповой терапии, в которой поведенческая констелляция каждого члена группы предоставляется его или ее вниманию, а также вниманию всех остальных. Холодному, дистантному участнику могут сказать: «Это — постоянная жалоба твоей жены и причина, по которой у тебя нет друзей. Тебе было бы полезно проанализировать в группе, что заставляет тебя оказывать такое влияние на людей».

Интерпретации

Интерпретации отличаются от прояснений тем, что они направлены на подсознание и являются попытками донести до сознания участников вытесненный ими бессознательный материал, помогая им понять собственные скрытые мотивы и конфликты. Являясь более поздней стадией процесса групповой терапии, удачные интерпретации должны содержать эмоциональный и когнитивный компоненты. Однако, решающим фактором является выбор подходящего момента для интерпретации. Если толкование слишком интеллектуально или дается в тот момент, когда человек переживает бурю эмоций, оно не сможет оказать влияния на понимание и поведение члена группы.

Проработка

Конфронтация, прояснение и интерпретация помогают членам группы осознать паттерны своего поведения и бессознательные конфликты, но сами по себе они не способны вызвать глубокое и длительное изменение. При проработке акцент делается на увеличении способности участника исследовать себя и осознавать свои зоны конфликта и уязвимости. По мере того, как у них развивается способность толковать свое собственное поведение, они также смогут развить более разнообразную и гибкую систему защит, которая, позволяя им идти на подлинную близость с другими людьми, будет более адекватна для защиты от чрезмерной тревоги. В действующей психотерапевтической группе проработка занимает большую часть времени. Когда каждый член группы приходит к осознанию и идентификации беспокоящего и обрекающего на провал поведения, прорабатываются и разрешаются связанные с этим поведением мысли и чувства. Однако, объединение этих мыслей, чувств и поведения будет постоянно проявляться повторно, в несколько замаскированной форме, на всем протяжении лечения человека в группе. Пример может помочь в разъяснении этого момента.

Марта, фотограф тридцати двух лет, обратилась к психотерапевту из-за тяжелой депрессии и суицидальных мыслей. За две недели индивидуальной терапии была обнаружена тесная связь между ее депрессией и чрезмерным потреблением алкоголя. Она быстро согласилась бросить пить и обратиться к Анонимным Алкоголикам. Фактически, Марта всегда с готовностью соглашалась со всеми многочисленными требованиями психотерапевта. Она развила сильный идеализирующий перенос, видя в своем терапевте «истинное совершенство». Поскольку приведшие ее на терапию симптомы быстро отступили, ее психотерапевт не хотел слишком поспешно оспаривать ее отношение к нему как к совершенству, из-за страха, что тем самым он спровоцирует срыв или возврат депрессии. По мере прохождения терапии, становилось все более очевидным, что время от времени Марта была слишком близка к уходу в мир своих фантазий, где все было совершенно. Она рассказала, как еще в школе ее отправили к психиатру из-за ее погруженности в себя, напоминающей аутизм. Ее ранняя жизнь в семье была омрачена отстраненностью отца и враждебной навязчивостью матери, требовавшей от Марты совершенства в поведении, внешности и учебе. В возрасте тринадцати лет, прочитав дневник своей сестры и кое-какие документы, спрятанные в чулане, Марта узнала, что она — приемный ребенок. Когда она открыто заявила матери о своем беспокойстве, та вспылила и отрицала все доказательства. Это привело Марту к еще более решительному бегству в свой безупречный мир фантазий, так как ее реальный мир был слишком хаотичным, угрожающим и изменчивым. После шести месяцев индивидуальной терапии Марта продолжала настаивать на том, что она сделала безупречный выбор психотерапевта, и верила, что благодаря его руководству ее лечением все вскоре станет совершенным. Все, что от нее требовалось — это безупречно выполнять все его просьбы, поскольку она искренне считала своего психотерапевта идеальным. После трех месяцев безупречного поведения Марта начала осознавать, что все идет не совсем безупречно. Она все еще временами чувствовала себя разгневанной, грустной и расстроенной. Наконец, она открыто напала на терапевта, гневно сказав ему, что она сделала все, что он хотел, но все равно не чувствует себя совершенно счастливой. Когда он заявил, что не давал ей никаких советов или предложений, Марта признала, что делала свои выводы из их бесед. Затем психотерапевт показал, как она пыталась создать в терапии такие же обстоятельства, как те, что существовали в ее в детстве, когда она жила с родителями. В частности, она верила, что если она будет все делать идеально, конечный результат тоже будет идеальным.

Воодушевленная этим инсайтом, Марта стала вновь прогрессировать в лечении и планировать его завершение. Однако, по мере приближения даты окончания, к ней вновь возвращалось отчаяние. В конце концов Марта поняла, что ее отчаяние порождает осознание того, что, заканчивая терапию, она должна взглянуть в лицо тому факту, что она все еще не совершенна. Она находила поддержку в фантазии, что каким-то образом к концу терапии она станет идеальной. Еще больше ободренная этим инсайтом, Марта решила продолжать терапию, чтобы убедиться, что она вновь не обманывает себя.

Однако, ее потребность в совершенстве вновь проявила себя в другой форме. После двух трудных сессий, уходя с которых, она чувствовала себя хуже, чем до прихода, Марта вдруг поняла еще одну важную вещь. Дважды ее психотерапевт делал замечания, приносившие ей боль. Она не понимала, почему он так делает. Поскольку она все еще считала его совершенством, он наверняка должен был обижать ее нарочно. Когда она обнаружила, что он сделал это неумышленно, а из-за того, что, очевидно, не понял ее чувств, ей снова пришлось справляться с отчаянием, вызванным этим осознанием.

После перехода в психотерапевтическую группу, еще через несколько месяцев индивидуальной терапии, ее фантазия о совершенстве вновь дала о себе знать. Она тайне договорилась с собой, что на этот раз уж точно все будет идеально. И опять, это было проработано только для того, чтобы вновь проявиться в другой форме. Спустя два года после начала терапии, постоянное бегство Марты в фантазии о совершенстве было вновь спровоцировано новыми отношениями с мужчиной. Возникла та же тема. Она верила, что этот мужчина и их взаимоотношения будут идеальными. После того, как каждая последующая стадия была проработана в терапии, опора Марты на свои фантазии о совершенстве уменьшалась в интенсивности и продолжительности.

Применяемые в правильной последовательности конфронтация, прояснение и интерпретация могут помочь членам группы проработать различные конфликты, сопротивления и самопораженческие, повторяющиеся паттерны поведения. Для увеличения эффективности и для надлежащей последовательности этого процесса, ведущий группы должен:

1. **Прежде всего конфронтировать защиты.** Например, замкнутого члена группы можно конфронтировать таким наблюдением: «Ты отрицаешь свою потребность в людях. Но всем нам, членам группы, очевидно, что ты легко расстраиваешься, если не получаешь доброжелательного отклика. Также заметно, что внимание других приносит тебе большую радость».
2. **Прояснить защиту.** «Ну вот, ты снова так поступаешь. Каждый раз, когда кто-то тянется к тебе, ты делаешь что-то с целью его оттолкнуть».
3. **Интерпретация.** «Ты продолжаешь отрицать свою потребность в других, потому что боишься того, что они приблизятся, а затем отвергнут тебя, как постоянно делала твоя мать, пока ты был маленьким».
4. **Проработка.** Паттерн будет проявляться снова и снова в различных формах. Задача ведущего группы — продолжать обращать внимание на его появление в неосуждающей манере, и помочь члену группы прийти к собственному решению относительно своих страхов, фантазий и катастрофических ожиданий.

Проработка у аддиктивных пациентов

Занимаясь проработкой с типичными аддиктивными пациентами, ведущие группы должны выполнить некую последовательность действий для того, чтобы участники сохранили трезвость. Во-первых, они должны добиться того, чтобы члены группы перестали употреблять химические вещества. Путем принуждения, конфронтации, поощрения или призыва — отказ должен быть первой целью лечения.

Во-вторых, ведущие групп должны провести каждого участника через коррективный эмоциональный опыт. Цель групповой терапии на этом этапе — не инсайт (сделать неосознанное осознанным), а, скорее, обеспечение возрождения в группе прежних переживаний, чтобы вновь пережить свой опыт, будучи трезвым и обладая более зрелой душой. Алкоголики и наркоманы должны безопасным и конструктивным путем освободиться от своих старых сдерживаемых эмоций. Тогда они смогут проработать депрессию и боль, которые всегда таятся под раздражением и гневом. Они должны распознать и затем разорвать цикл под названием «Мир и все в нем ужасны. Я тоже ужасен». Деструктивные отношения должны изменяться или прекращаться, и их нужно замещать здоровыми отношениями со здоровыми людьми. В конечном итоге восстанавливается самооценка, которая всегда подвергается негативному влиянию этого цикла. Грандиозная, ложная самоорганизация, возведенная в виде защитного фасада, должна уступить место настоящему Я, чтобы можно было устанавливать подлинные отношения. Когда прочно установится чувство Я, участники смогут развить в себе способность принимать более самостоятельные решения и делать здоровые выборы. Деструктивные зависимости будут изменяться, и человек будет свободен для вступления в истинно интимные взаимоотношения, без потери себя в архаичных нуждах и ожиданиях.

Стадии лечения в терапевтической группе

Лечение в условиях групповой терапии требует от ведущего тщательного отслеживания поведения группы, характерного для каждой стадии. Не ожидайте, что участники скажут «до свидания», еще не сказав «здравствуйте». Не ждите, что в группе будет настоящая близость, до тех пор, пока в ней нет доверия.

Успешный опыт работы с группой более вероятен у тех ведущих, кто тонко настроен на улавливание ее характерного и последовательного (по стадиям) поведения. Понимание развития группы и лечебного процесса поможет ведущим успешно проводить группу через эти трудные и разнообразные стадии. На последующих страницах будут представлены и обсуждены шесть различных фаз развития группы. Первые две фазы необходимо пройти и разрешить прежде, чем группа будет готова двигаться к более глубоким фазам межличностного общения. (См. Таблицу 15.5.)

1. Зависимость

Для этой фазы самую значительную роль играют безопасность и доверие. Подобно болтовне на вечеринке, общение между членами группы будет большей частью направляться их желанием быть принятыми. То, что они говорят, не имеет такого смысла, как их заинтересованность представить себя в качестве ценного и важного для группы человека. И, как и на вечеринке, поборов свою первую тревогу, они спросят: «Как, Вы сказали, Вас зовут?» Теперь они готовы общаться на более серьезном уровне. На этой фазе участники очень сильно полагаются на ведущего. Они приходят в группу с ожиданием, что группа каким-то волшебным образом сможет им помочь. Но они также боятся, что группа возьмет над ними верх и травмирует их, как сделали когда-то их родители. Их фантазия об излечении будет озвучена при попытке получить от ведущего группы то, что они хотели получить от родителей в прошлом. Многие надеются, что они получат принятие, подтверждение, и не будут отвергнуты группой. Зачастую это все, чего они хотят. Часто просто услышать от группы, что с ними все в порядке, достаточно для укрепления их чувства Я, и для многих это поначалу будет терапевтично. Часто участники будут использовать группу для укрепления определенных недостаточно развитых сторон себя. В частности, Кохут делал особое ударение на интуитивном стремлении человека восстановить фрагментированное эго и дефектное Я. Их интуитивная фантазия состоит в том, что их чувство Я будет восстановлено и укреплено благодаря взаимодействию и принятию группой.

Таблица 15.5. Фазы развития группы

1. ЗАВИСИМОСТЬ

- А. Каждый член группы приходит с фантазией об излечении
- В. Заметно избегание близости и взаимодействия «здесь и сейчас»
- С. Ведение параллельных разговоров
- Д. Развитие псевдосплоченности

2. КОНТРЗАВИСИМОСТЬ

- А. Доминирует противодействие
- В. Поиск козла отпущения
- С. Интимность избегается посредством борьбы

3. РЕШЕНИЕ ВОПРОСОВ ВЛАСТИ/АВТОРИТЕТА

- А. Объявляются пары и коалиции
- В. Разочарование и утрата иллюзий
- С. У группы и у ведущего обнаруживаются недостатки

4. СТАДИЯ РЕАЛЬНОЙ СПЛОЧЕННОСТИ

- А. Развитие более глубокой интимности после разрешения гнева и разочарования

5. ВЗАИМОЗАВИСИМОСТЬ

- А. Согласованное подтверждение неопределенности
- В. Зрелость группы и настоящая близость

6. ЗАВЕРШЕНИЕ

- А. Сепарация/индивидуация

2. Контрзависимость

Хотя группа может переместить фокус на более эмоционально возбуждающие вопросы, доминирует по-прежнему страх интимности. Члены группы будут испытывать ведущего и группу, дабы убедиться, что им не грозит унижение и другие опасности. Их главным вопросом по-прежнему является «Буду ли здесь принят я и то, что я скажу?» Они должны прийти к осознанию того, что границы группы четко установлены и надежно управляемы.

3. Разрешение вопросов власти/авторитета

После того, как в группе наконец выражен и проработан гнев, развивается стадия псевдосплоченности. В группе заметна надежда, и центральное место в этой фазе ее развития занимает Бионовское базовое допущение спаривания (см. Главу 14).

4. Стадия реальной сплоченности

Это — та фаза, к которой так стремится группа, но, к сожалению, она только временна. Однако, пока она продолжается, все будет теплым, искренним и аутентичным. Но именно когда группа начинает ощущать, что будет еще сплоченней, она распадается. Этого следует ожидать. Если ведущему группы необходимо иметь постоянную, безопасную и доверчивую группу (и верить в нее), он будет разочарован. Это подобно тому, как мать во время стадии сепарации/индивидуации у своего ребенка требовала бы, чтобы тот сидел у нее на коленях и хорошо себя вел. Ведущий группы не должен вмешиваться в эту стадию развития, но должен быть способным контейнировать агрессию и гнев группы, не позволяя им реализоваться в пагубном поиске козла отпущения.

5. Взаимозависимость

Алонсо (1985 г.) описывает эту стадию как пограничное существование группы. Среди участников постоянно происходит расщепление и проективная идентификация. Кажется, что группе и ее ведущему чего-то не хватает. Люди грозятся уйти из группы. Среди них возникает конкуренция и борьба. Члены группы изменяются, и проработка их групповых конфликтов на этой стадии происходит по спирали. Те же самые вопросы всплывают и проявляются вновь. Каждый раз по мере того, как противоречие прорабатывается в группе, участники переходят на более глубокую стадию, и так до тех пор, пока их конфликты не разрешатся. Группа вступает в финальную стадию зрелости. У каждого участника есть возможность узнать, что он независим и отделен от группы. Принцип «Я должен усвоить, что могу прожить без вас, прежде чем я смогу быть близким с вами» переживается на более глубоких уровнях. Ключ — это сепарация. Это процесс искупления и прощения. Члены группы осознают, что «никто — ни ты, ни я — не совершенен». Несмотря на это, группа и ее участники в конце концов осознают, что, не будучи совершенными, они все же достаточно хороши.

6. Завершение

Завершение — это последняя стадия лечения и событие, которое, при правильном подходе, может дать важные терапевтические результаты для всей группы, а не только для тех людей, которые ее покидают. И наоборот, если неверно подойти к этому событию, оно может спровоцировать множество ужасных последствий как для тех, кто уходит, так и для тех, кто остается. Плохо проведенное завершение может вызвать продолжительный волновой эффект в целой группе, который будет отдаваться на всем протяжении ее жизни, еще долго после того, как уходящий покинул ее. Поскольку завершение — это такое значительное событие, а обсуждение его правильного проведения часто игнорируется, критически важным является, чтобы ведущий группы эффективно руководил этим событием. Завершение приобретает еще большую значимость для группы и ее членов, потому что (за исключением тех редких случаев, когда перестает работать вся группа) это необычно для людей — иметь возможность попрощаться с кем-то, кто уходит от них по-хорошему. Окончание работы в группе — это публичное событие, и для нашего общества редкость, чтобы люди справлялись с чьими-то уходами здоровым и честным образом. Завершение позволяет пережить это не только уходящему, но, что еще более важно, дает оставшимся членам группы возможность поучаствовать в происшествии, которое может быть новым и очень сильно коррективным опытом по целому ряду причин. О завершении работы, особенно в индивидуальной терапии, часто думают в контексте готовности пациента прекратить лечение. Хотя это является существенным компонентом также и в групповой терапии, сам процесс завершения (размышление, обсуждение, объявление и уход) имеет гораздо больше значения для группы. В отличие от индивидуальной терапии, где уходят от психотерапевта, уход из группы означает, что уходят от пациента, или, правильнее сказать, от многих пациентов. Это дает совсем другой набор и более обширный ряд эмоциональных стимулов, чем можно получить, когда один индивид покидает одного психотерапевта. Несмотря на существенные отличия между событием и процессом, важно перечислить некоторые идеальные цели, которых необходимо достичь, прежде чем люди будут считаться готовыми к завершению. Некоторые из наиболее часто приводимых целей перечислены ниже:

1. Поняты и проработаны сопротивление и перенос. Это значит, что участники с меньшей вероятностью будут остро реагировать на авторитет и на интимность. Однако, понятно, что перенос никогда не разрешается полностью. Мы все — трансферентные животные. Индивиды не только понимают источники своего сопротивления (сопротивления изменениям, инсайтам, реальности и т.д.), но также готовы и хотят освободиться от него.
2. Ослабевают защиты, и участники могут быть более гибкими в своих реакциях на других людей. Они меньше полагаются на примитивные защиты (такие, как отрицание) и способны использовать другие защиты более высокого уровня (такие, как сублимация). Изменения во всеохватывающих паттернах или стилях включают менее стереотипные и автоматические защитные реакции, более гибкое и адаптивное применение защит, меньшую опору на ограниченные защитные механизмы.
3. Влечения сублимируются, устанавливается фрустрационная толерантность. Всемогущество ослабляется, и достигается способность признавать ограничения (в случае алкоголика это означает: «Я не могу пить»). Достигается тестирование и принятие реальности, вместе со связанными с этим атрибутами — любовью к правде, смелостью быть искренним и готовностью сверять свое восприятие с восприятием других людей.

4. Устанавливается наблюдающее эго, связанное со способностью к инсайту, честностью с самим собой и рефлексией. Люди в меньшей степени влекомы импульсами и имеют возможность отложить отыгрывание вовне своих чувств. Вместо этого развивается способность использовать чувства в качестве сигналов.
5. Устанавливается идентичность с более стойким чувством Я как ответственного действующего лица. Достигается автономия без принесения в жертву способности нуждаться, зависеть или временно сливаться с другим человеком. Цель, смысл, гордость и сила (то есть самооценка) в своих верованиях, ценностях и убеждениях достигнуты и устойчиво удерживаются.
6. Заложена психическая структура и достигнута интеграция Я. Разрешаются прежние уровни задержек развития, результатом чего является возросшая способность к доверию, сепарации, индивидуализации, здоровым вине и стыду, асертивности и сексуальности. Приобретается способность справляться со счастьем без непомерного чувства вины или обращения к поиску удовольствий. Возрастает способность к наслаждению, удовлетворению, радости, расслаблению, удовольствию и игре.
7. Улучшаются объектные отношения и приобретается способность к близким отношениям с другими людьми. Происходит редукция нарциссизма и эгоцентризма, развивается способность к эмпатии. Люди становятся менее озабоченными необычными и нереалистичными личными желаниями и фантазиями. Ослабевают симптомы при улучшении эмоционального и физического здоровья. Возрастает способность к удовольствию и принятию, а также терпимость к амбивалентности. Расширяется полнота переживания вместе с возрастанием способности иметь доступ ко всем аффективным состояниям (таким как гнев, радость, грусть, горе, счастье и т.д.).

Аддикция и цели завершения

Несмотря на то, что все вышеперечисленные цели применимы и к аддикции, есть некоторые другие существенные элементы, относящиеся именно к этому случаю. Полностью интегрируется принятие того, что человек является алкоголиком или наркоманом и не может употреблять вещества. Это означает, что действительно сделан первый шаг двенадцатишаговой программы, и участники признали свою аддикцию как хроническую неизлечимую болезнь, которую можно только остановить. На более символическом уровне, они осознают и признают, что каждый из них — не Бог (Kurtz, 1982 г.). С этим осознанием к человеку приходят важные экзистенциальные выводы, касающиеся принятия своего человеческого состояния, непринятие которых для Курца и других экзистенциальных авторов лежит в основе всех аддикций. А именно:

- A. **Ограничения.** Первое ограничение, которое должны осознать алкоголики или наркоманы, заключается в том, что они не могут использовать химикаты. Они должны принять то, что не обладают способностью к неограниченному счастью, контролю над другими или контролю над своими собственными эмоциями, и должны интегрировать болезненную правду о том, что жизнь имеет свои ограничения. Они должны принять то, что их человеческой природе присуще старение и умирание. Также они должны принять то, что все, что они любят и лелеют, изменится, состарится, умрет или уйдет. В конечном счете, они должны будут понять, что невозможно избежать последствий собственных действий. Как говорит Сартр, мы есть совокупность наших действий.
- B. **Потребность в других.** Алкоголики и наркоманы должны признать, что они не могут (прожить, остаться трезвыми и т. д.) в одиночку. Они нуждаются в других людях, и, позволяя себе нуждаться и быть нужными, они становятся вполне человеческими.
- C. **Несовершенства.** Алкоголики и наркоманы развивают способность признавать свои ошибки, недостатки и несовершенства. Они оставляют свои нарциссические защиты исключительности и грандиозности, составляющие их фальшивое Я, созданное для защиты от стыда. Это означает, что их стыд проработан на здоровом уровне. Они принимают не только свои ошибки, но и других людей, таких же несовершенных, как и они сами.
- D. **Аутентичность.** Они становятся реальными, завершенными (complete) человеческими существами, и развивают большую способность к истинной, честной взаимности в своих отношениях с другими и с собой. Они больше живут текущим моментом (одним днем) и узнают, что их поступки важнее их слов или обещаний (Делай то, что говоришь).

Процесс завершения

Несмотря на все попытки подготовить алкоголика или наркомана к завершению, не все из них покинут группу, достигнув всего, чего хотелось бы или что требуется. Ванничелли (1992 г.) предлагает ведущим групп принять реальность того, что многие пациенты покинут группу до того, как будут к этому готовы, или тогда, когда они находятся в самом начале проработки важного, но трудного вопроса. Как ведущие групп, мы не можем или не должны стараться заставлять людей оставаться, даже если мы верим или знаем, что для них будет лучше не оставлять группу в этот момент. Однако, побудить их говорить о своих чувствах, мыслях и причинах предполагаемого ухода будет очень полезным по целому ряду причин. Главным среди этих причин является то, что чувства, о которых говорят, с меньшей вероятностью будут отыграны вовне. Ванничелли разделила уходящих из группы членов на три класса. Знание этих трех категорий помогает не только ведущему группы. Ванничелли предлагает просить потенциально уходящих членов группы отнести себя к одной из них, тем самым, предоставляя возможность для дискуссии в группе.

1. **Завершившие (completers).** Завершившие — это те, кто, по сути, закончил работу, ради которой сюда пришел, достаточно владеет информацией о преимуществах работы в группе и понимает ее, а также понимает влияние выполнения последней стадии работы — прощания. Он также понимает, что прощание — это процесс: что-то, что мы все должны научиться делать лучше, и что психотерапевтическая группа предоставляет уникальную возможность этому научиться. Эти пациенты могут пересматривать свои цели и достижения в терапии, а также размышлять над своими потерями, когда они думают оставить группу, и каково им будет, в конечном итоге, чувствовать себя ушедшими из нее.
2. **Находящиеся в фазе плато (plateauers).** Эти пациенты сделали часть работы, ради которой пришли сюда, но у них есть чувство, что на самом деле они ее еще не завершили. Скорее, они пока «застряли». Такие люди не имеют ясного ощущения, чего еще можно добиться в настоящее время (часто такие пациенты возвращаются к лечению позже). Эти пациенты могут выполнить часть работы прощания, хотя обычно в более сокращенном виде, чем завершившие. Эти прощания служат последним фокусированным проектом, прорабатывая который, пациент может получить какую-то пользу.
3. **Беглецы (flee-ers).** (Также эта группа может называться «Улетающие» (flyers)). Эти пациенты переживают настоятельную потребность «выбраться отсюда». Фактически, настояние на быстром уходе часто выдает беглеца. Такие пациенты не могут уделить достаточно времени завершению, а наоборот, чувствуют огромное стремление покинуть группу спешно и немедленно. Обычно пациенты, принадлежащие к этой категории, избегают чего-то в группе или в себе, из-за чего они ощущают дискомфорт, и от чего желают избавиться как можно скорее. (1992 г., стр. 178)

Завершение в группах

Успешное завершение в группе — это уникальный опыт, потому что это один из немногих случаев в жизни большинства людей, когда они становятся свидетелями и частью чего-то, что заканчивается позитивно и полностью. Большинство отношений заканчивается без здорового завершения. Даже в самых крайних случаях, когда взаимоотношения кончаются в связи со смертью или разводом, существуют сложные эмоциональные проблемы, не позволяющие действительно закрыть тему. В случае смерти у людей часто нет возможности успешно проработать ее из-за отрицания или внезапности этого события. Развод — это обычно гневная, горькая и разочаровывающая сепарация, которая зачастую так никогда и не разрешается в полной мере. В основном люди уходят двумя общепринятыми способами. Они либо ускользают тайком, постепенно уходя из отношений и медленно исчезая из виду, либо вырываются в гневной, резкой манере. Заботливо, внимательно и терпимо позволить кому-то уйти — редкое событие для многих людей. В индивидуальной терапии обычно происходит постепенное угасание, уменьшение числа встреч, пока человек не останавливается, как правило, понимая, что может вернуться в любое выбранное им время. Когда человек покидает группу, он никогда не сможет вернуться в ту же самую группу. Завершать всегда трудно. Это может быть еще более сложным или более вредным в новых группах, если уход преждевременен или является результатом неразрешенных конфликтов и разногласий. Такой уход может быть заразным, если он неадекватно организован или проведен. Он может вызвать в других чувство вины («Может быть, это моя ошибка, мог ли я сделать больше?») или зависти («Я бы предпочел сам уйти вместо того, чтобы иметь дело с этими трудными вопросами»), а также покинутости и гнева. Завершение трудно, даже когда все согласны, что лечение завершено, и человек готов окончить групповую терапию. Конечно, уход никогда не зависит от голосования группы, это — личное решение, которое человек должен принять в одиночку, хотя очень важно, чтобы другие члены группы были вовлечены в обсуждение процесса принятия этого решения. Надо надеяться, люди будут говорить о своих размышлениях об уходе задолго до того, как они сделают окончательное заявление об этом. Рекомендуется, чтобы они предупредили группу за четыре недели, чтобы у каждого человека была возможность справиться с чувствами, которые может вызвать их уход. Вот некоторые причины, почему трудны любые, даже хорошие завершения:

1. Прощание порождает глубокий и иногда болезненный аффект. Некоторым людям, в особенности алкоголикам или наркоманам, невыносимо трудно выносить любой аффект. Грусть, горе и слезы — это эмоциональные переживания, которых, как они считают, нужно любой ценой избегать, потому что они еще не знают о преимуществах свободного выражения эмоций.
2. Уход напоминает о множестве старых и неразрешенных потерь, смертей, окончаний и незаконченных прощаний.
3. Люди часто ощущают колоссальную вину из-за своего ухода, чувствуя себя так, как будто они подводят остальных членов группы и покидают их. У многих людей был остановлен важный процесс развития, а именно сепарация/индивидуация. История их жизни — это история, в которой никогда не разрешалось уходить или отделяться здоровым и обнадеживающим способом. Их история отмечена бунтами, внезапными уходами и гневными разделениями.
4. Многим людям будет трудно уходить, потому что это возбуждает чрезвычайно сильный страх разочаровать остальных участников или причинить им боль. Пациенты, берущие на себя слишком много ответственности, обвинений и стыда, обнаружат, что им очень трудно уйти или сделать что-то полезное для себя, если это хоть каким-то образом окажется хотя бы немного трудным или болезненным для других.

5. Прощание и уход может быть непомерно тяжелым для многих людей из-за сильного страха, что никто не заметит их ухода и все останутся к нему равнодушны. Ведущий группы должен будет помочь им взглянуть в лицо этим страхам, чтобы члены группы не поддались им и не позволили себе тайком ускользнуть или постепенно исчезнуть, вместо того, чтобы встретиться лицом к лицу с катастрофическим ожиданием того, что они так мало значат для всех остальных. Часто для них оказывается очень неожиданным открытие, что их присутствие и их уход оказывает такое большое воздействие на других.

Заключение

Было бы уместным закончить эту книгу главой, которая закрывается темой завершения группы. Я надеюсь, что смог оставить читателя с тем же посланием и чувством, с которым мне бы хотелось, чтобы ведущий оставлял членов своей психотерапевтической группы, когда они завершают работу и уходят из нее. А именно, я надеюсь, что читатель и участники группы уходят с лучшим пониманием аддикции, с меньшей путаницей в понимании групповой терапии, с некоторыми предписаниями и специфическими установками выздоровления и, что самое важное, с надеждой на будущее. Несмотря на все наши попытки давать, направлять и поддерживать, каждый из нас в конечном итоге одинок, когда дело касается нашей жизни, выздоровления и роста. Это — неизбежное условие человеческого существования. Как не устают повторять экзистенциалисты, мы в конечном итоге одиноки и единолично ответственны за свои судьбы. И, тем не менее, хотя мы одиноки и сами несем эту ответственность, это вовсе не означает, что мы не можем получать помощь, поддержку и воодушевление от других людей в своей жизни и своем сообществе.

Поскольку у нас, как у групповых терапевтов, есть участники групп, надеюсь, мы можем дать им что-то, что они смогут взять с собой, когда группа перестанет существовать. Говоря конкретнее, мы можем дать им то, чего хочет каждый — опыт и чувство общности, в которой они чувствуют себя принятыми и «своими». Отчужденность, пустота, непонимание — это то, что переживают все люди, страдающие химической зависимостью. Психотерапевтическая группа дает им чувство принадлежности и ощущение того, что их понимают на самом базовом уровне. Вот почему тема сплоченности, доверия и безопасности так громко звучала на протяжении всей книги. В то время как каждый человек хочет быть принятым, любимым и признанным, они хотят этого безусловно. Для всех нас, аддиктивны мы или нет, первичный конфликт заключается в том, чтобы принадлежать и быть связанным с чем-то большим, чем мы сами, при этом не утратив себя. Вероятно, алкоголики и наркоманы чувствуют это немного более интенсивно, и это может быть причиной того, что их потребность в автономии и независимости приобретает такие бунтарские, эгоцентрические и требовательные формы. Они опасаются, что принадлежность кому-то или чему-то будет стоить им их индивидуальности. Это — постоянная тема для всех нас. Могу ли я иметь по-настоящему близкие и интимные отношения, не теряя себя, и чтобы моя обособленность не достигалась ценой моей независимости? В состоянии ли я выдержать отдельность без компрометации своей автономии ради того, чтобы удовлетворить свою потребность в человеческой близости?

Групповая терапия, проводимая в соответствии с предписаниями этой книги, способна удовлетворять потребности, соответствующие обоим полюсам этой человеческой дилеммы. Прежде всего, она позволяет химически зависимым людям стать близкими с другими, которые принимают их, не покушаясь на их идентичность и автономию. Это даже поощряет их индивидуальность, предоставляя им инструменты, позволяющие сблизиться с другими, не подвергая угрозе их отдельность. В конечном итоге это позволяет алкоголикам и наркоманам справляться с эмоциями, источниками которых являются все их интимные встречи, не полагаясь на алкоголь и наркотики для успокоения, сглаживания или изменения своих чувств.

Как и АА, групповая терапия во многих отношениях может рассматриваться как поддерживающее окружение — сплоченная, безопасная общность, где люди могут глубоко понять взаимосвязь между своим личным и публичным Я. В то же время, здесь они могут получить поощрение и разрешение развиваться в индивидуальном темпе по собственному пути. Как писал Уоллес, выздоровление — это процесс, зависимый от времени. На ранних стадиях выздоровления алкоголики и аддикты нуждаются в том, чтобы их радушно пригласили присоединиться к безопасной, достойной доверия и исцеляющей культуре. Позже, когда они будут постепенно проходить через разные стадии, их будут побуждать отделиться, одновременно обучаясь быть близкими, не утрачивая своей идентичности и не изолируясь от других. Как правильно говорят Анонимные Алкоголики, члены их общества — это выздоравливающие (а не выздоровевшие) алкоголики. Они никогда не выздоравливают окончательно. Рост и развитие продолжают в течение всей жизни. Будучи частью процесса выздоровления алкоголика или наркомана, групповая терапия помогает ускорить и продвинуть этот процесс. Последний не заканчивается в тот момент, когда человек заканчивает групповую терапию или достигает состояния трезвости, потому что темы принадлежности и одиночества останутся постоянными в его жизни. Групповая терапия помогает выздоравливающим людям найти способы успешной адаптации к этому важнейшему человеческому процессу.

Литература

- Ackerman, R. J. (1979). *Children of alcoholics: A guidebook for educators, therapists, and parents*. Holmes Beach, FL: Learning Publication, Inc.
- Adler, G. (1994). Transference, countertransference and abuse in psychotherapy. *Harvard Review of Psychiatry*, 2, 151-159.
- Agazarian, Y. M. (1992). Contemporary theories of group psychotherapy: A systems approach to the group-as-a-whole. *International Journal of Group Psychotherapy*, 42, 177-203.
- Agazarian, Y. M. & Alonso, A. (1993). *Discussions around shame in a shamed group*. Philadelphia: Blue Sky Video.
- Agazarian, Y. M. & Peters, R. (1981). *The visible and invisible group*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Albrecht, G. L. (1969). *The assessment of Fulton County adolescents' behavior, knowledge and attitudes in relation to the legal system: A preliminary report*. Fulton County Juvenile Court. Atlanta, GA.
- Alcoholics Anonymous. (1939). *Alcoholics Anonymous*. NY: AA World Services.
- Alcoholics Anonymous. (1955). *Alcoholics Anonymous: The story of how many thousands of men and women have recovered from alcoholism*. NY: AA World Services.
- Alcoholics Anonymous. (1960). *Is A.A. for you? AA Grapevine*. NY: AA World Services.
- Alcoholics Anonymous. (1990). *Alcoholics Anonymous 1989 membership survey*. NY: AA World Services.
- Alcoholics Anonymous. (1992). *Alcoholics Anonymous 1992 membership survey*. NY: AA World Services.
- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic medicine*. NY: W. W. Norton.
- Alibrandi, L. A. (1978). The folk psychotherapy of Alcoholics Anonymous. In S. Zimberg, J. Wallace, & S. B. Blume (Eds.), *Practical approaches to alcoholism psychotherapy* (163-180). NY: Plenum Press.
- Allen, M. (1990). Group psychotherapy-past, present and future. *Psychiatric Annals*, 20 (7), 358-361.
- Alonso, A. (1985, Nov.). Lecture given at Harvard Medical School seminar on group psychotherapy. Boston, MA.
- Alonso, A. & Rutan, J. S. (1988). The experience of shame and the restoration of self-respect in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 38, 3-14.
- Alonso, A. & Rutan, J. S. (1993). Character change in group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 43, 439-452.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic & statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: APA.
- Angyal, A. (1965). *Neurosis & treatment: A holistic theory*. NY: John Wiley & Sons.
- Apfeldorf, M. (1978). Alcoholism scales of the MMPI: Contributions and future directions. *International Journal of Addictions*, 13, 17-53.
- Bacal, H. A. (1985). Object-relations in the group from the perspective of selfpsychology. *International Journal of Group Psychotherapy*, 35, 483-501.
- Bacal, H. A. (1992). Contributions from self-psychology. In R. H. Klien, H. S. Bernard, & D. L. Singer (Eds.), *Handbook of group psychotherapy* (55-86). Madison, CT: International University Press.
- Back, K. W. (1972). *Beyond words: The story of sensitivity training and the encounter movement*. Psychology Today, May.
- Bailey, M. B. & Leach, B. (1965). *Alcoholics Anonymous, pathway to recovery: A study of 1,058 members of the AA fellowship in NY City*. NY: National Council on Alcoholism.
- Bailey, M. B. (1965). Al-Anon family groups as an aid to wives of alcoholics. *Social Work*, 10, 68-74.
- Bakan, A. (1972). *On method*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bakeland, F. L., Lundwall, L., & Kissin, B. (1975). Methods for the treatment of chronic alcoholism: A critical appraisal. In R. J. Gibbins, Y. Israel, H. Kalant, R. E. Popham, W. Schmidt, & R. G. Smart (Eds.), *Research advances in alcohol and drug problems* (Vol. 2). NY: John Wiley & Sons.
- Barnes, G. E. (1979). The alcoholic personality. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 40, 571-634.
- Barnett, L. (1948). *The universe and Dr. Einstein*. NY: Bantam Books.
- Barrett, C. L. (1985). Who are the alcoholics? Where are the devils? *Bulletin of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 4(1), 17-28.

- Basch, M. F. (1980). *Doing psychotherapy*. NY: Basic Books.
- Bateson, G. (1971). The cybernetics of self: A theory of alcoholism. *Psychiatry*, 34, 1-18.
- Becker, E. (1973). *The denial of death*. NY: Free Press.
- Berger, F. (1983). Alcoholism rehabilitation: A supportive approach. *Hospital and Community Psychiatry*, 34(11), 1040-1043.
- Bergin, A. E. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (36-51). NY: John Wiley & Sons.
- Bergin, A. E. (1981). Psychotherapy & religious values. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48(1), 95-105.
- Bergin, A. E. & Lambert, M. J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2nd ed., 139-190). NY: John Wiley & Sons.
- Berne, E. (1961). *Transactional analysis in psychotherapy*. NY: Grove Press.
- Beutler, L. E. (1979a). Individual, group and family therapy modes: Patient therapy value compatibility and treatment effectiveness. *Journal of Counseling and Psychotherapy*, 32, 43-59.
- Beutler, L. E. (1980). Personal communication. University of Arizona Health Science Center. Tucson, AZ.
- Bibb, R. E. (1970). The outpatient treatment of the alcoholic. *Ohio State Medical Journal*, 66, 686-689.
- Bion, W. R. (1961). *Experiences in groups*. NY: Basic Books.
- Bixenstine, E. (1956). The value-fact antithesis in behavioral science. *Journal of Humanistic Psychology*, 16, 35-57.
- Blanck, G. & Blanck, R. (1974). *Ego Psychology: Theory and practice*. NY: Columbia University Press.
- Blane, H. T. (1968). The personality of the alcoholic: Guises of dependency. NY: Harper & Row.
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in analytic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107-157.
- Bollerud, K. (1995, March). A model for treating sexually abused substance abusers. Paper presented at workshop, *The Addictions*. Harvard Medical School, Boston, MA.
- Borowitz, G. H. (1964). Some ego aspects of alcoholism. *British Journal of Medical Psychology*, 37(3), 257-263.
- Bourne, E. & Fox, R. (1973). *Alcoholism: Progress in research & treatment*. NY: Academic Press.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to the mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 350-373.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. III, Loss*. NY: Basic Books.
- Bradshaw, J. (1993). *Healing the shame that binds you*. Deerfield Beach, FL: Health Communications.
- Brandsma, J. & Pattison, E. M. (1985). The outcome of group psychotherapy in alcoholics: An empirical review. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 11(1), 151-160.
- Brix, D. J. (1983). Use of a group-centered psychotherapy group with the inpatient treatment of alcoholism. *Bulletin of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 2(14), 253-258.
- Bronowski, J. (1973). *The ascent of man*. Boston/Toronto: Little, Brown & Co.
- Brown, D. G. (1985). Bion and Foulkes: Basic assumptions and beyond. In M. Pines. (Ed.), *Bion and group psychotherapy* (192-219). London: Tavistock/Routledge.
- Brown, N. O. (1959). *Life against death*. Middletown, MA: Wesleyan University Press.
- Brown, S. (1985). *Treating the alcoholic: A developmental model of recovery*. NY: John Wiley & Sons.
- Brown, S. (1988). *Treating adult children of alcoholics: A developmental perspective*. NY: John Wiley & Sons.
- Brown, S. & Beletsis, S. (1986). The development of family transference in group for adult children of alcoholics. *International Journal of Group Psychotherapy*, 36, 97-114.
- Brown, S. & Yalom, I. (1977). Interactional group psychotherapy with alcoholic patients. *Journal of Studies on Alcohol*, 38, 426-456.
- Buber, M. (1955a). *Hasidism and modern man*. (M. Friedman, Trans.). NY: Horizon Press.
- Buber, M. (1955b). *The life of dialogue*. (M. Friedman, Trans.). London: Routledge.
- Buber, M. (1960). *I and thou*. (W. Kaufmann, Trans.). NY: Scribner & Sons.

- Buber, M. (1963). *Pointing the way*. (M. Friedman, Trans.). NY: Harper Torchbooks.
- Buber, M. (1964). In M. Friedman (Ed.), *The worlds of existentialism* (385-395). NY: Random House.
- Buhler, C. & Lefever, D. W. (1956). A Rorschach study on the psychological characteristics of alcoholics. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 17, 163-281.
- Butters, N. & Cermak, L. S. (1980). *Alcoholic Korsakoff syndrome: An information processing approach to amnesia*. NY: Academic Press.
- Button, A. D. (1956). A study of alcoholics with the MMPI. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 11, 163-281.
- Cahn, S. (1970). *The treatment of alcoholics: An evaluative study*. NY: Oxford University Press.
- Camus, A. (1960). *The myth of Sisyphus, and other essays*. NY: Vintage.
- Canter, F. M. (1969). Motivation for self-confrontation in alcohol patients. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 6(1), 21-23.
- Carkhuff, R. (1969). *Helping & human relations, Vol. 2, Practice & research*. NY: Holt, Rinehart & Winston.
- Cassell, E. J. (1985). *The healer's art*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Cermak, L. S. & Peck, E. (1982). Continuum versus premature aging theories of chronic alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 6(1), 89-95.
- Cermak, T. L. (1984). Children of alcoholics and the case for a new diagnostic category of codependence. *Alcohol, Health and Research World*, 8(4) 38-42.
- Cermak, T. L. & Brown, S. (1982). Interactional group therapy with adult children of alcoholics. *International Journal of Group Psychotherapy*, 32, 375-389.
- Chafetz, M. E. (1968). Research in the alcoholic clinic. *American Journal of Psychiatry*, 124, 1674-1679.
- Chafetz, M. E., Blane, H. X., & Hill, M. J. (1970). *Frontiers of alcoholism*. NY: Science Hours.
- Chalmers, D. & Wallace, J. (1978). Evaluation of patient progress. In S. Zimberg, J. Wallace, & S. Blume (Eds.), *Practical approaches to alcoholism psychotherapy* (255- 277). NY: Plenum.
- Clavell, J. (1986). *Shogun*. NY: Dell.
- Collins, G. B. (1995). Why treatment for alcohol dependence is changing. In N. S. Miller (Ed.), *Treatment of the addictions: Applications of outcome research for clinical management* (23-40). NY: The Haworth Press.
- Cummings, N. (1979). Turning bread into stones. *American Psychologist*, 34(12), 1119-1129.
- Dahany, S. A. (1977). The effects of assertive training with inpatient alcoholics on measures of assertive behavior, self-esteem, field-dependence. PhD Diss., University of Arizona.
- Devito, R. A. (1969). New dimensions in treatment of alcoholism. *Illinois Medical Journal*, 124, 389-392.
- DiClemente, C. C., Carbonari, J. P., & Velasquez, M. M. (1992). Alcoholism treatment mismatching from a process of change perspective. *Drug and Alcohol Abuse Reviews*, 3, 115-142.
- Dies, R. R. (1977). Group therapist transparency: A critique of theory and research. *International Journal of Group Psychotherapy*, 27, 177-200.
- Dies, R. R. (1992a). The future of group therapy. *Psychotherapy*, 29(1), (Spring), 58-64.
- Dies, R. R. (1992b). Models of group psychotherapy: Sifting Through Confusion. *International Journal of Group Psychotherapy*, 42, 1-18.
- Dies, K. R. & Dies, R. R. (1993). Directive facilitation: A model for short-term group treatments (Part 2). *The Independent Practitioner*, 13, 177-183.
- Disterfano, N., Pryer, L. W., & Garrison, J. L. (1972). Internal-external control among alcoholics. *Journal of Clinical Psychology*, 28, 36-37.
- Dodes, L. K. (1988). The psychology of combining dynamics psychotherapy and Alcoholics Anonymous. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 52, 283-293.
- Dolliver, R. (1981). Some limitations in Peris' gestalt therapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 18(1), 38-45.
- Donovan, D. M. & O'Leary, M. R. (1975). Comparison of perceived and experienced control among alcoholics and nonalcoholics. *Journal of Abnormal Psychology*, 4, 112-26.
- Dostoyevsky, F. (1957). *The brothers Karamazov*. NY: Basic Books.
- Dublin, J. (1976). Gestalt therapy. Existential-gestalt therapy and/versus "Perlimism." In E. W. L. Smith (Ed.),

The growing edge of Gestalt therapy (57-69). Secaucus, NJ: Citadel Press.

Dubourg, G. O. (1969). After care for alcoholics: A follow-up study. *British Journal of Addiction*, 64, 155-163.

Durant, W. (1926). *Story of philosophy*. NY: Simon & Schuster.

Durkin, H. E. (1964). *The group in depth*. NY: Interactional Universities Press.

Early, P. H. (1994). Is everything I do an addiction? *Ridgeview Insight*, 3-7, Atlanta, GA.

Eliot, T. S. (1943). *Little Gidding*. In *four quartets*. NY: Harcourt Brace Jovanovich.

Emrick, C. D. (1974). A review of psychological oriented treatment of alcoholism, I: The use and interrelationships of outcome criteria and drinking behavior following treatment. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 36, 523-549.

Ivrick, C. D. (1979). Perspectives in clinical research: Relative effectiveness of alcohol abuse treatment. *Family and Community Health*, 2(2), 71-88.

Kmrick, C. D. (1989). Alcoholics Anonymous: Membership characteristics and effectiveness as treatment. In M. Galanter (Ed.), *Recent developments in alcoholism* (37-53). NY: Grune & Stratton.

Fmrick, C., Lassen, C. L., & Edwards, M. T. (1977). Nonprofessional peers as therapeutic agents. In A. S. Gurman and A. M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (120-161). NY: Pergamon.

English, J. (1975). Personality differences in alcohol treatment. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 36, 52-61.

Ettin, M. F. (1988). By the crowd they have been broken, by the crowd they shall be healed: The advent of group psychology. *International Journal of Group Psychotherapy*, 38(2), 139-168.

Kysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.

Ezriel, H. (1973). Psychoanalytic group psychotherapy. In L. R. Wolberg & E. K. Schwartz (Eds.), *Group Therapy* (183-210). NY: Stratton Intercontinental Medical Books.

Faber, L. (1966). *The ways of will*. NY: Basic Books.

Fairbairn, W. R. D. (1952). *Psychoanalytic studies of the personality*. London: Tavistock Publications.

Fancher, R. E. (1973). *Psychoanalytic psychology. The development of Freud's thought*. NY: W. W. Norton.

Fehr, D. (1976). Psychotherapy: Integration of individual and group methods. In R. E. Tarter & A. A. Sugarman (Eds.), *Alcoholism: Interdisciplinary approaches to an enduring problem* (637-654). Reading MA: Addison-Wesley.

Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7, 117-140.

Fischer, R. (1976). On creative psychotic & ecstatic states. In L. Allen & D. Jaffe (Eds.), *Consciousness as role & knowledge. Readings in abnormal psychology. Contemporary perspectives*. NY: Harper & Row.

Flores, P. (1985). Alcoholism treatment & the relationship of Native-Americans cultural values to recovery. *International Journal of the Addictions*, 20, 1707-1726.

Flores, P. (1988a). Alcoholics Anonymous: A phenomenological and existential perspective. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 5, 73-94.

Flores, P. (1988b). *Group psychotherapy with addicted populations*. NY: The Haworth Press.

Flores, P. (1993). Group psychotherapy with alcoholics, substance abusers and adult children of alcoholics. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive group psychotherapy* (3rd ed., 429-442). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

Flores, P. & Mahon, L. (1993). The treatment of addiction in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 43(2), 143-156.

Fox, R. (1967). Disulfiram as an adjunct in the treatment of alcoholism. In R. Fox (Ed.), *Alcoholism: Behavioral research, therapeutic approaches* (242-255). NY: Springer.

Fox, R. (1973). Treatment of the problem drinker by the private practitioner. In P. G. Bourne & R. Fox (Eds.), *Alcoholism: Progress in research and treatment* (227-241). NY: Academic Press.

Frank, J. (1961). *Persuasion and healing*. Baltimore, MD: Johns Hopkins Press.

Frank, J. (1972). Remarks. In M. E. Chafetz (Ed.), *Proceedings of the 2nd annual alcoholism conference of NLA AA* (242-244). Washington, DC: U. S. Government Printing Office.

Frank, J. (1978). *Psychotherapy and the human predicament*. NY: Schocken Books.

- Frankel, C. (1971). *The case for modern man*. Boston: Beacon Press.
- Frankl, V. (1969). *The will to meaning*. Cleveland, OH: New American Library.
- Freimuth, M. (1994). Psychotherapy and twelve-step programs: A commentary on Humphreys. *Psychotherapy*, 31, 551-552.
- Freud, S. (1910). The future prospects of psycho-analytic therapy. The standard edition of the complete psychological works of S. Freud, Vol. 11 (139-152). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1921). Group psychology and the analysis of the ego. *Complete psychological works of Sigmund Freud*. London: Hogarth Press.
- Fromm, E. (1941). *Escape from freedom*. NY: Farrar and Rinehart.
- Gallant, D. M. (1983). Prediction of cortical atrophy in young alcoholics. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 7(4), 448.
- Gartner, A. & Riessman, F. (1984). *The self-help revolution*. NY: Human Sciences Press.
- Gauron, E. F. & Rawlings, E. I. (1975). Procedure for orienting new members to group psychotherapy. *Small Group Behavior*, 6, 293-307.
- Gelormino, G. (1995). Harm reduction: A response to the article by Alan Marlatt. *The Addictions Newsletter*, 2, 9-10.
- Gerard, D. C. (1962). *Troubled employees program*. Center City, MN:
- Hazelden. Ciittlow, S. E. (1973). *Alcoholism: A disease*. In P. G. Bourne & R. Fox (Eds), *Alcoholism: Progress, research and treatment (1-9)*. NY: Academic Press.
- Glatzter, H. T. (1969). Working through in analytic group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 19, 292-306.
- Goodwin, D. (1979). Alcoholism and heredity: A review and hypothesis. *Archives of General Psychiatry*, 36, 57-61.
- Goss, A. & Morosko, T. E. (1970). Relation between a dimension of internal-external control and the MMPI with alcoholic population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 8, 189-192.
- Goulding, M. (1980, July). Personal communication. Western Institute for Group and Family Therapy. Watsonville, CA.
- Goulding, R. L. & Goulding, M. M. (1979). *Changing lives through redecision therapy*. NY: Brunner/Mazel.
- Gozalet, J. & Sloan, J. (1971). Control orientation as a personality dimension among alcoholics. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 32, 159-161.
- Grant, I., Reed, R., & Adams, K. (1980). Alcohol & drug-related brain disorder: Implications for neuropsychological research. *Journal of Clinical Neuropsychology*, 2(4), 321-331.
- Grotjahn, M. (1983). The qualities of the group psychotherapist. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive group psychotherapy (294-301)*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Guntrip, H. (1971). *Psychoanalytic theory, therapy and the self*. NY: Basic Books.
- Haley, J. (1976). *Problem-solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Har Paz, N. (1994). Failure in group psychotherapy: The therapist variable. *International Journal of Group Psychotherapy*, 44, 3-20.
- Hartocollis, P. (1964). Some phenomenological aspects of the alcoholic condition. *Psychiatry*, 27, 345-348.
- Hartocollis, P. & Hartocollis, C. (1980). Alcoholism, borderline & narcissistic disorders: A psychoanalytic overview. In W. Fann, I. Karacan, A. Porkory, & R. S. Williams (Eds.), *Phenomenology & treatment of alcoholism (93-110)*. NY: Medical & Scientific Books.
- Hartocollis, P. & Shaefer, D. (1963). Group psychotherapy with alcoholics: A critical review. *Psychiatric Digest*, 29, 15-22.
- Hartup, W. W. (1970). Peer interaction & social organization. In P. H. Mussen (Ed.), *Carmichael's manual of child psychology, Vol. 2 (3rd Ed.)*. NY: J. Wiley & Sons.
- Heidegger, M. (1963). *Being and time*. (J. MacQuarrie, & E. Robinson, Trans.) NY: Harper & Row. (original 1927).
- Heitler, J. (1976). Preparatory techniques in initiating expressive psychotherapy with lower class, unsophisticated patients. *Psychology Bulletin*, 3, 339-352.
- HEW. (1974). *Alcoholism treatment & rehabilitation*. National Institute on Alcohol Abuse & Alcoholism.

Washington, DC: Department of HEW Publications.

- Heyman, S. E. (1995, March). What can neuroscience teach us about addiction"? Paper presented at workshop, The Addictions, Harvard Medical School, Boston, MA.
- Hibbard, S. (1987). The diagnosis and treatment of adult children of alcoholics as a specialized therapeutic population. *Psychotherapy*, 24, 779-788.
- Hoffman, H., Loper, R. G., & Kammeier, M. L. (1974). Identifying future alcoholics with MMP1 alcoholism scales. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 35, 490-498.
- Holder, H., Longabaugh, R., Miller, W. R., & Rubonis, A. V. (1993). The cost- effectiveness of treatment for alcoholism: A first approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 517-203.
- Horner, A. (1976). Oscillating patterns of object relations and borderline patient. *International Review of Psycho-Analysis*, 479-482.
- Horner, A. (1979). *Object relations and the developing ego in therapy*. NY: Jason Aronson.
- Horvath, A. T. (1993). Enhancing motivation for treatment of addictive behavior: Guidelines for the therapist. *Psychotherapy*, 30(3), 473-480.
- Humphreys, K. (1993). Psychotherapy and the twelve-step approach for substance abusers: The limits of integration. *Psychotherapy*, 30, 207-213.
- Hutchinson, J. A. (1969). *Paths of faith*. NY: McGraw-Hill.
- Imhof, J., Hirsch, R., & Terenzi, R. E. (1984). Countertransferential and attitudinal considerations in the treatment of drug abuse and addiction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1, 21-30.
- Inkeles, A. (1968). *Socialization & society*. Boston: Little, Brown & Co.
- Jacobson, G. R. & Ritter, D. P. (1977). Purpose in life and personal values among adult alcoholics. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 314.
- James, W. (1902). *The varieties of religious experience*. NY: Longmans.
- James, W. (1907). *Pragmatism*. NY: Longmans.
- Jarmas, A. L. & Kazak, A. E. (1990). Young adult children of alcoholic fathers: Depressive experiences, coping styles and family systems. *Journal of Consulting and Chemical Psychotherapy*, 60(2), 244-251.
- Jaspers, K. (1975). On my philosophy. In W. Kaufman (Ed.), *Existential-ism from Dostoevsky to Sartre*. NY: New American Library (original r941).
- Jclinek, E. M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Haven, CT: College & University Press.
- Johnson, V. E. (1973). */7/ quit tomorrow*. NY: Harper & Row.
- Jones, R. K. (1970). Sect, characteristics of Alcoholics Anonymous. *Sociology*, 4, 181-195.
- Kahn, E. (1985). Heinz Kohut & Carl Rogers: A timely comparison. *American Psychologist*, 40(8), 893-904.
- Kanas, N. (1982). Alcoholism and group psychotherapy. In E. M. Pattison & S. E. Kaufman (Eds.), *Encyclopedic handbook of alcoholism (1011 -1021)*. NY: Gardner Press.
- Kanas, N. & Barr, M. A. (1982). Outpatient alcoholics view group therapy. *Group, the Journal of the Eastern Group Psychotherapy Society*, 6, 17-20.
- Kassell, J. D. & Wagner, E. F. (1993). Processes of change in Alcoholics Anonymous: A review of possible mechanisms. *Psychotherapy*, 30, 222-234.
- Kaufman, E. & Reoux, J. (1988). Guidelines for the successful psychotherapy of substance abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 14(2), 199-209.
- Kaufmann, W. (1956). *Existentialism from Dostoevsky to Sartre*. NY: Meridian Books.
- Kellogg, S. (1993). Identity and recovery. *Psychotherapy*, 30, 235-250.
- Kelly, G. (1955). *The psychotherapy of personal constructs: Clinical diagnosis and psychotherapy*, Vol. 2. NY: W. W. Norton.
- Kemker, S. S., Kibel, H. D., & Mahler, J. C. (1993). On becoming oriented to inpatient treatment: Inducing new patients and professionals to recovery movement. *International Journal of Group Psychotherapy*, 43, 285-302.
- Kernberg, O. F. (1970). *New developments in psychoanalytic object-relations theory*. Topeka, KS: Menninger Foundation.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. NY: Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (1983). The borderline patient. *Psychiatry (Audio Digest)*, 77, No. 16.

- Kernberg, O. F. (1984). The couch at sea: Psychoanalytic studies of group and organizational leadership. *International Journal of Group Psychotherapy*, 34(1), 5-23.
- Khantzian, E. J. (1985). On the psychological predisposition for opiate & stimulant dependence. *Psychiatry Letter*, 3(1), 1-3.
- Khantzian, E. J. (1994). Alcoholics Anonymous-Cult or corrective? Paper presented at Fourth Annual Distinguished Lecture. Manhasset, NY: Cornell University.
- Khantzian, E. J. & Treece, C. J. (1977). Psychodynamics of drug dependence: An overview. In J. D. Elaine & D. A. Julius (Eds.), *Psychodynamics of drug dependence*. NIDA Research Monograph No. 12. DHEW Publication No. ADM 77-470. Washington, DC: Superintendent of Documents, U. S. Government Printing Office.
- Khantzian, E. J., Halliday, K. S., & McAuliffe, W. E. (1990). *Addiction and the vulnerable self*. NY: Guilford Press.
- Klein, R. H., Orleans, J. F., & Soule, C. R. (1991). The Axis II group: Treating severely characterologically disturbed patients. *International Journal of Group Psychotherapy*, 41, 97-116.
- Kline, E. B. (1983, Jan.). Personal communication. University of Cincinnati, Cincinnati, OH.
- Kohut, H. (1977a). Preface. In J. D. Elaine & D. A. Julius (Eds.), *Psycho-dynamics of drug dependence*. NIDA Research Monograph No. 12. DHEW Publication No. ADM 77-470. Washington, DC: Superintendent of Documents, U.S. Government Printing Office.
- Kohut, H. (1977b). *The restoration of the self*. NY: International Universities Press.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* Chicago: University of Chicago Press.
- Kohut, H. & Wolfe, E. S. (1978). The disorders of the self and their treatment: An outline. *International Journal of Psychoanalysis*, 60, 413-425.
- Kopp, S. B. (1971). *Guru: Metaphors from a psychotherapist*. Palo Alto, CA: Science & Behavior Books.
- Kosinski, J. (1977). Horatio Algiers of the nightmare. *Psychology Today*, December, 59-64.
- Kosseff, J. W. (1975). The leader using object-relations theory. In Z. A. Liff (Ed.), *The leader in group* (212-242). NY: Jason Aronson.
- Kritsberg, W. (1985). *The adult children of alcoholics syndrome: From discovery to recovery*. Pompano Beach, FL: Health Communications, Inc.
- Krystal, H. (1982). Character disorders: Characterological specificity and the alcoholic. In M. E. Pattison & E. Kaufman (Eds.), *Encyclopedic handbook of alcoholism* (607-618). NY: Gardner Press.
- Krystal, H. & Raskin, H. A. (1993). Drug dependence. The disturbances in personality functions that create the need for drugs. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Kuhn, T. S. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kurtz, E. (1979). *Not-God: A history of Alcoholics Anonymous*. Center City, MN: Hazelden.
- Kurtz, E. (1981). *Shame and guilt: Characteristics of the dependency cycle*. Center City, MN: Hazelden.
- Kurtz, E. (1982). Why AA works. The intellectual significance of Alcoholics Anonymous, *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 43(1), 38-80.
- Kurtz, E. (1983, Feb.-) Shame and alcoholism. Paper presented at the Conference for National Association of Alcohol and Drug Abuse Counselors. Atlanta, GA.
- Laing, R. D. (1969). *The self and others*. London: Tavistock Publications.
- Laing, R. D. (1972). *The divided self: An existential study in sanity and madness*. Baltimore, MD: Penguin.
- Langs, R. (1976). *The bipersonal field*. NY: Jason Aronson.
- Lemere, F. (1958). Alcoholism & the worker. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 79, 419-428.
- Lecszcz, M. (1989). Group psychotherapy of the characterologically difficult patient. *International Journal of Group Psychotherapy*, 39, 311-336.
- Lecszcz, M. (1992). The interpersonal approach to group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 42, 37-62.
- Leuba, J. H. (1896). A study in the psychology of religious phenomena. *American Journal of Psychology*, 7, 309-385.
- Levy, S. (1984). *Principles of interpretation*. NY: Jason Aronson.
- Lew, D. (1973). *Realities of alcoholism in industry*. Rockville, MD: NLAAA Publications.

- Liechtenstein, H. (1961). Identity & sexuality: A study of their interrelationship in man. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 9, 179-260.
- Lieberman, M. A. & Borman, L. D. (1979). *Self-help groups for coping and crisis: Origins, members, processes & impact*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Lieberman, M., Yalom, I. D., & Miles, M. (1973). *Encounter groups: First facts*. NY: Basic Books.
- Lomranz, J., Lakin, M., & Schiffman, H. (1972). Variants of sensitivity training and encounter: Diversity of fragmentation? *Journal of Applied Behavior Science*, 8, 399-420.
- Lowen, A. (1969). Bio-energetic group therapy. In H. Rouiten (Ed.), *Group therapy today* (279-290). NY: Atherton.
- MacLeod, J. A. (1968). Management of the initial phase of psychotherapy: Optimal frustration as a guide to technique in psychotherapy. *Comprehensive Psychiatry*, 9(4), 400-406.
- Madsen, W. (1974). *The American alcoholic*. Springfield, IL: Charles C
- Thomas. Mahler, M. S. (1968). *On human symbiosis and the vicissitude of individuation*. NY: International University Press.
- Mahler, M. S. (1979). *The selected papers of Margaret Mahler, Volumes I and II*. NY: Jason Aronson.
- Mahler, M. S., Pine, R., & Bergman, H. (1975). *The psychological birth of the human infant*. NY: Basic Books.
- Malcolm, J. (1984). *In the Freud archives*. NY: Alfred Knopf.
- Mann, M. (1973). *The disease concept of alcoholism*. San Francisco: Faces West Productions.
- Marlatt, G. A. (1983). The controlled drinking controversy: A commentary. *American Psychologist*, 38, 1097-1111.
- Masterson, J. F. (1981). *The narcissistic & borderline disorders*. NY: Brunner/Mazel.
- Matakas, E., Koester, H., & Leidner, B. (1978). Which treatment for which alcoholic? A review. (Selected translation of international alcoholism research). *Psychiatrische Praxis*, 5, 143-153.
- Matano, R. A. & Yalom, I. (1991). Approaches to chemical dependency: Chemical dependency & interactive group therapy—a synthesis. *International Journal of Group Psychotherapy*, 41(3), 269-294.
- May, R. (1983). *The discovery of being*. NY: W. W. Norton.
- McCrary, B. S. (1985). Comments on the controlled drinking controversy. *American Psychologist*, 40(3), 370-371.
- McDougall, J. (1989). *Theaters of the body*. NY: W. W. Norton.
- McNeel, J. (1977). The seven components of redecision therapy. In G. Barnes (Ed.), *Transactional analysis after Eric Berne*. NY: Harpers College Press.
- Miller, N. S. (1995). Treatment of the addictions: Applications of outcome research for clinical management. NY: The Haworth Press.
- Miller, N. S. & Hoffman, N. G. (1995). Addiction treatment outcomes. In N. S. Miller (Ed.), *Treatment of the addictions: Applications of outcome research for clinical management*. (41-56). NY: The Haworth Press.
- Miller, W. R. & Hester, R. K. (1986). Matching problem drinkers with optimal treatments. In W. M. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors: Process of change* (175-203). NY: Plenum Press.
- Minovitz, M. (1973). *Using industrial alcoholism programs as a model for health & welfare agencies*. Rockville, MD: NLAAA Publications.
- Modell, W. (1955). *The relief of symptoms*. Philadelphia: Saunders.
- Monte, C. F. (1980). *Beneath the mask: An introduction to theories of personality* (2nd ed.). NY: Holt, Rinehart & Winston.
- Moore, R. A. (1973). Psychotherapeutics of alcoholism. *Proceedings of the 2nd Annual Alcoholism Conference of NIAAA*. Pub #73-9083.
- Moore, R. A. & Buchanan, T. K. (1966). State hospitals and alcoholism: A nation-wide survey of treatment techniques and results. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 27, 459-468.
- Moreno, J. L. (1971). Psychodrama. In H. Kaplan & B. Sadock (Eds.), *Comprehensive group psychotherapy*. Baltimore, MD: Williams and Wilkins.
- Morrison, A. P. (1989). *Shame: The underside of narcissism*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Mueller, S. R., Suffer, B. H., & Pregarman, T. P. (1982). A short-term intensive treatment program for the alcoholic. *The International Journal of Addictions*, 17(6), 931-943.

- Muggeridge, M. (1980). *Do we need religion or religious institutes?* Sussex, England: Firing Line. Murray, T. (1973). *The fight to save alcoholic executives.* Rockville, MD: NIAAA Publications.
- Muus, R. E. (1968). *Theories of adolescence* (2nd ed.). NY: Random House.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (1995). *Distinctive features of the alcohol treatment system.* NIAAA Research Publication, Washington, DC, June.
- National DWI Conference. (1976). *Alcohol and the impaired driver.* Chicago: National Safety Council.
- Neibergh, N. (1993, Feb.). Presentation on group psychotherapy at American Group Psychotherapy Conference, San Diego, CA.
- Nemiah, J. (1961). *Foundations of psychopathology.* NY: Oxford University Press.
- Nietzsche, F. (1968). *Basic writings of Nietzsche* (W. Kaufman, Trans.). NY: Modern Library.
- Ogden, T. H. (1982). *Projective Identification and psychotherapeutic technique.* NY: Jason Aronson.
- Ogden, T. H. (1983a). The concept of internal object relations. *International Journal of Psychoanalysis*, 64, 227-241.
- Ogden, T. H. (1983b). *The primitive edge of experience.* Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Ormont, L. (1985, Nov.). *Intimacy and group psychotherapy.* Paper presented at Harvard Medical School Seminar on group psychotherapy. Boston, MA.
- Ormont, L. (1988). The leaders role in resolving resistances to intimacy in the group setting. *International Journal of Group Psychotherapy*, 38, 29-46.
- Ormont, L. (1990). The craft of bridging. *International Journal of Group Psychotherapy*, 40, 3-18.
- Ormont, L. (1992). *The group therapy experience.* NY: St. Martins Press.
- Ormont, L. (1993). Resolving resistances to immediacy in the group setting. *International Journal of Group Psychotherapy*, 43, 399-418.
- Ornstien, P. (1981). The bipolar self in the psychoanalytic treatment process: Clinical & theoretical considerations. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 29, 353-375.
- Osborne, J. W. & Baldwin, J. R. (1982). From one state of illusion to another? *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 266-275.
- Oziel, L. J., Obitz, F. W., & Kerpon, M. (1972). General & specific perceived locus of control in alcoholics. *Psychological Reports*, 30, 957-958.
- Parsons, O. A. & Farr, S. P. (1981). The neuropsychology of alcohol & drug use. In S. B. Felskov & T. J. Boll (Eds.), *Handbook of clinical neuropsychology* (320-365). NY: John Wiley & Sons.
- Patterson, G. R. & Anderson, D. (1964). Peers as social reinforcers. *Child Development*, 35, 951-960.
- Pattison, E. M. (1966). A critique of alcoholism treatment concepts: With special reference to abstinence. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 27, 49-71.
- Pattison, E. M. (1979). The selection of treatment modalities for the alcoholic patient. In J. H. Mandelson & N. K. Mello (Eds.), *The diagnosis and treatment of alcoholism* (229-255). NY: McGraw-Hill.
- Pendery, M. L., Maltzman, I. M., & West, L. J. (1982). Controlled drinking by alcoholics? New findings and a reevaluation of a major affirmative study. *Science*, 217, 169-174.
- Peris, F. S. (1969). *Gestalt therapy verbatim.* Lafayette, CA: Real People Press.
- Peris, F. S., Hefferline, R., & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality.* NY: Julian Press.
- Peris, L. (1976). Comments on the new directions. In E. W. L. Smith (Ed.), *The growing edge of Gestalt therapy.* Secaucus, NJ: Citadel Press, 36-51.
- Pesso, A. (1991). Ego function and Pesso System/Psychomotor Therapy. In A. Pesso & J. Crandall (Eds.), *Moving Psychotherapy* (41-50). Franklin, NH: Brookline Books.
- Piaget, J. (1954). *The construction of reality in the child.* NY: Basic Books.
- Pines, M. (1992). *Contrasting views of representative group events.* Garden Grove, CA: Info Medix Audio Tape.
- Polster, E. (1975). Techniques and experience in Gestalt therapy. In F. D. Stephenson (Ed.), *Gestalt therapy primer* (75-91). Springfield, IL:
- Charles C Thomas. Polster, E. (1981, July). Resistance & Gestalt therapy. Lecture given at the Gestalt

Institute of San Diego. Lajolla, CA.

Polster, E. & Polster, M. (1973). *Gestalt therapy integrated*. NY: Brunner/Mazel.

Polster, E. & Polster, M. (1974). Notes on the training of Gestalt therapy. *Voices: The Art and Science of Psychotherapy*, 70(3), 38-44.

Polster, E. & Polster, M. (1976). Therapy without resistance: Gestalt therapy. In A. Burton (Ed.), *What makes behavior change possible?* (259-277). NY: Brunner/ Mazel.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.

Rachman, A. W. & Heller, M. E. (1974). Anti-therapeutic factors in therapeutic communities for drug rehabilitation. *Journal of Drug Issues*, 4, 393-403.

Raubolt, R. (1974). Games addicts play: Implications for group treatment. *Corrective and Social Psychiatry*, 20,1.

Rawson, R. A., Obert, J. L., McCann, M. J., & Marinelli-Casey, P. (1993). Relapse prevention models for substance abuse treatment. *Psychotherapy*, 30, 284-298.

Ray, O. (1972). *Drugs, society & human behavior*. St. Louis, MO: C.V. Mosby Co.

Rice, A. K. (1965). *Learning for leadership*. London: Tavistock Publications.

Rice, C. A. & Rutan, J. S. (1981). Boundary maintenance in inpatient therapy groups. *International Journal of Group Psychotherapy*, 31, 297-309.

Rice, C. (1988). Paper presented at Conference on Group Psychotherapy. Atlanta, GA, October 28-29.

Rinpoche, S. (1992). *The Tibetan Way of Living and Dying*. San Francisco: Harper.

Rogers, C. (1942). *Counseling & psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.

Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. NY: NY Press.

Roman, P. M. (1989). Inpatient alcohol and drug treatment: A national study of treatment centers. Executive report. Institute for Behavioral Research, University of Georgia. (1-22).

Rossi, J. J. (1972). Motivational issues in capturing alcoholism patients into a rehabilitation program. In *Selected papers from the twenty-third annual meeting of alcohol and drug problems association* (51-56). Atlanta, GA.

Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal vs. external control. *Psychological Monographs*, 80, 1-28.

Rutan, J. S. (1983, Feb.). Transference & group psychotherapy. Paper presented at 40th Annual American Group Psychotherapy Association Conference, Toronto, Canada.

Rutan, J. S. & Stone, W. (1984). *Psychodynamic group psychotherapy*. Lexington, MA: The Collamore Press.

Rutan, J. S. & Stone, W. (1993). *Psychodynamic group psychotherapy* (2nd. Ed.). NY: The Guilford Press.

Ryan, C. & Butters, N. (1980). Further evidence for a continuum of impairment encompassing male alcoholic Korsakoff patients and chronic alcoholic men. *Alcoholism*, 4, 190-198.

Sartre, J. P. (1956). *Being and nothingness*. NY: Philosophical Library.

Schaffer, H. J. (1995, March). A clinical update on the addictions. Paper presented at workshop, *The Addictions*. Harvard Medical School, Boston, MA.

Scheidlinger, S. (1983, Feb.). Current theories in group psychotherapy. Paper presented at 40th Annual American Group Psychotherapy Association Conference, Toronto, Canada.

Schiff, A. & Schiff, J. L. (1971). Passivity. *Transactional Analysis Journal*, 1,1 \-II.

Schmidt, W. (1968). Social class and the treatment of alcoholism. Monograph 7. Toronto: University of Toronto Press.

Schuckit, M. A. (1973). Alcoholism & sociopathy. Diagnostic confusion. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 37, 157-164.

Schultz, W. (1969). *Joy*. NY: Grove Press.

Scott, E. M. (1961). The technique of psychotherapy with alcoholics. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 22, 69-80.

Scott, M. (1970). In D. Calahan (Ed.), *Problem drinkers*. San Francisco: Jossey-Bass.

Scarles, H. (1973). Concerning therapeutic symbiosis. *Annals of Psychoanalysis*, 1, 247-262.

Scxias, F. (1976). Tie in with local council on alcoholism. *DWI rehabilitation programs*. Falls Church, VA: AA

Publications, World Services.

- Shestov, L. (1932). *On Jobs balance*. (Coventry 8c Macartney, Trans.). London: Dent 8c Sons.
- Shore, J. J. (1981). Use of paradox in the treatment of alcoholism. *Health and Social Work*, 38, 11-20.
- Simkin, J. (1976). *Gestalt therapy mini-lectures*. Millbrae, CA: Celestial Arts.
- Siinmel, G. (1950). *Sociology of George Simmel* (K. Wolff, Trans.). NY: Free Press.
- Singer, D. L., Astrachan, B. M., Gould, L. J., 8c Klein, E. B. (1975). Boundary management in psychological work with groups. *Journal of Applied Behavioral Science*, 11(2), 137-176.
- Smart, R. X, Schmidt, W, & Moss, M. K. (1969). Social class as a determinant of the types and duration of therapy received by alcoholics. *International Journal of Addictions*, 4, 543-556.
- Sobell, M. B. 8c Sobell, L. C. (1973a). Individualized behavior therapy for alcoholics. *Behavior Therapy*, 4, 49-72.
- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1973b). Alcoholics treated by individualized behavior therapy: One-year treatment outcome, *Behavior Research and Therapy*, 77,599-618.
- Sobell, L. C. (1995). Natural recovery from alcohol problems. Paper presented at workshop, The Addictions, Harvard Medical School, Boston, MA.
- Sollod, R. H. (1993). Reply to Humphreys: On the compatibility of twelve step programs and psychotherapy. *Psychotherapy*, 31, 549-550.
- Stace, W. (1966). What is mysticism? In P. Struhl & K. Struhl (Eds.), *Philosophy now!* (235-251). NY: Random House.
- Stachnik, T. J. (1980). Priorities for psychology in medical education and health care delivery. *American Psychologist*, 55(1), 8-15.
- Starbuck, E. D. (1899). *The psychology of religion*. NY: Scribner & Sons.
- Stein, A. 8c Friedman, W. H. (1971). Group therapy with alcoholics. In H. I. Kaplan 8c B. f. Sadock (Eds.), *Comprehensive group psychotherapy*
Baltimore, MD: Williams 8c Wilkens.
- Steiner, C. M. (1969). The alcoholic game. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 30, 920-938.
- Steiner, C. M. (1971). *Games alcoholics play*. NY: Grove Press.
- Sterne, M. 8c Pittman, D. (1965). The concept of motivation: A source of institutional 8c professional blockage in the treatment of alcoholics. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 26, 41-57.
- Stewart, D. A. (1985). Control or freedom? *American Psychologist*, 40(3), 373-374.
- Stinson, D., Smith, W., Arnidjaya, I., 8c Kaplan, J. (1979). System of care and treatment outcomes for alcoholic patients. *Archives of General Psychiatry*, 36, 535-539.
- Stone, L. (1961). *The psychoanalytic situation*. NY: International University Press.
- Strupp. H. H. (1972). Freudian analysis today. *Psychology Today*, July, 33-40.
- Strupp, H. H. 8c Hadley, S. W. (1979). Specific versus nonspecific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1125-1136.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. NY:
- Surkis, A., W. W. Norton. (1989). The group therapists quandary: To lead or to treat? Workshop presented at Tenth International Congress of Group Therapy, Amsterdam.
- Szasz, T. S. (1966). Alcoholism: A socio-ethnical perspective. *Western Medicine*, 7,15-21.
- Tarter, R. E. 8c Sugerma, A. A. (1976). *Alcoholism: Interdisciplinary approaches to an enduring problem*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Thune, C. E. (1977). Alcoholism and the archetypal past: A phenomeno-logical perspective on Alcoholics Anonymous. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 38, 75-88.
- Tiebout, H. M. (1953). Surrender vs. compliance in therapy with special reference to alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 14, 58-68.
- Tiebout, H. M. (1954). The ego factors in surrender in alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 15, 610-621.
- Tiebout, H. M. (1961). Alcoholics Anonymous: An experiment of nature. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 22, 52-68.

- Tournier, R. E. (1979). Alcoholics Anonymous as treatment and as ideology. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 40, 230-239.
- Twelve steps and twelve traditions (1952). NY: AA World Services, Inc.
- Twerski, A. J. (1983). Early intervention in alcoholism: Confrontational techniques. *Hospital & Community Psychiatry*, 34(11), 1027-1030.
- Vaillant, G. (1983). The natural history of male alcoholism. Is alcoholism the cart or horse to sociopathy? *British Journal of Addictions*, 78, 317-320.
- Vaillant, G. (1995, Feb). The natural history of alcoholism: A fifty-year follow up. Paper presented at workshop, The Addictions. Harvard Medical School, Boston, MA.
- Vaillant, G. & Milofsky, E. (1982). The etiology of alcoholism: A prospective viewpoint. *American Psychologist*, 37(5), 494-503.
- Vannicelli, M. (1982). Group psychotherapy with alcoholics: Special techniques. *Journal of Studies on Alcohol*, 41(1), 17-37.
- Vannicelli, M. (1988). Group therapy aftercare for alcoholic patients. *International Journal of Group Psychotherapy*, 35(3), 337-353.
- Vannicelli, M. (1991). Dilemmas and counter-transferences considerations in group psychotherapy with adult children of alcoholics. *International Journal of Group Psychotherapy*, 41, 295-312.
- Vannicelli, M. (1992). Removing the road blocks: Group psychotherapy with substance abusers & family members. NY: The Guilford Press.
- Verinis, J. S. (1995). Treatment of the socially disadvantaged alcoholic. In N. S. Miller (Ed.), *Treatment of addictions: Applications of outcome studies for clinical management* (93-112). NY: The Haworth Press.
- Wald, P. (1974). Right of alcoholic & addicted prisoners to refuse treatment: Some preliminary perimeters. Presented at Washington area council on alcohol & drug abuse symposium. Washington, DC.
- Wallace, J. (1975). Tactical and strategic use of the preferred defense structure of the recovering alcoholic. NY: National Council on Alcoholism.
- Wallace, J. (1977a). Alcoholism from the inside out: A phenomenological analysis. In N. J. Estes & M. E. Heinemann (Eds.), *Alcoholism, development, consequences, and interventions* (51-69). St. Louis, MO: C.V. Mosby Co.
- Wallace, J. (1977b). Between Scylla and Charybdis: Issues in alcoholism therapy. *Alcohol, Health & Research World* (Summer), 15-22.
- Wallace, J. (1978a). Behavioral modification methods as adjuncts to psychotherapy. In S. Zimberg, J. Wallace, S. B. Blume (Eds.), *Practical approaches to alcoholism psychotherapy* (99-117). NY: Plenum Press.
- Wallace, J. (1978b). Working with the preferred defense structure of the recovering alcoholic. In S. Zimberg, J. Wallace, & S. Blume (Eds.), *Practical approaches to alcoholism psychotherapy* (19-29). NY: Plenum Press.
- Wallace, J. (1984a). Comments on the controlled drinking controversy. *American Psychologist*, 40(3), 372-373.
- Wallace, J. (1984b). Myths and misconceptions about Alcoholics Anonymous! About AA. NY: AA World Services.
- Wallace, J., Forbes, R., & Chalmers, D. K. (1979). Alcoholism treatment revisited. *World Health Project*, 2(1), 1-28.
- Ward, R. (1984, May). Lecture given at Atlanta Psychoanalytic Interest Group, Atlanta, GA.
- Washton, A. M. (1992). Structured outpatient group therapy with alcohol & substance abusers. In J. Lowinson, P. Ruiz, & R. Millman (Eds.), *Substance abuse: A comprehensive textbook*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Watzlawick, P. (1978). *The language of change*. NY: Basic Books.
- Wedel, H. L. (1965). Involving alcoholics in treatment. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 26, 468-479.
- Weinberg, J. (1976). *Why do alcoholics deny their problem?* Center City, MN: Hazelden.
- Weiner, M. F. (1983). The assessment & resolution of impasse in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 33, 313-331.
- Wells, C. (1982). Chronic brain disease: An update on alcoholism, Parkinsons disease, and dementia. *Hospital and Community Psychiatry*, 33(2), 111-126.
- Whitaker, C. A. & Malone, T. P. (1953). *The roots of psychotherapy*. NY: Blakiston.

- White, M. (1972). Documents in the history of American philosophy. NY: Oxford University Press.
- Whitehead, A. N. (1925). Science and the modern world. NY: The Free Press.
- Whitehead, A. N. (1933). Adventures of ideas. NY: The Free Press.
- Whitfield, C. L. (1987). Healing the child within: Discovery and recovery for adult children of dysfunctional families. Deerfield Beach, FL: Health Communications, Inc.
- Winnicott, D. W. (1965). The maturation process in the facilitating environment. NY: International University Press.
- Witkin, H. A. & Oilman, P. K. (1967). Cognitive styles. International Journal of Neurology, 6, 119-137.
- Witkin, H. A., Karp, S. A., & Goodenough, D. R. (1959). Dependence in alcoholics. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 20, 493-504.
- Wogan, M., Getter, H., Anidur, M. J., Nichols, M. F., & Okman, G. (1977). Influencing interaction and outcome in group psychotherapy. Small Group Behavior, 8, 26-46.
- Wolfe, A. & Schwartz, E. K. (1962). Psychoanalysis in groups. NY: Grune & Stratum.
- Wood, B. L. (1987). Children of alcoholism: The struggle for self & intimacy in adult life. NY: NY University Press.
- Wurmser, L. (1978). The hidden dimension: Psychodynamics in compulsive drug use. NY: Jason Aronson.
- Yalom, I. D. (1974). Group therapy and alcoholism. Annals of the NY Academy of Sciences, 233, 85-103.
- Yalom, I. D. (1975). The theory and practice of group psychotherapy (2nd Ed.). NY: Basic Books.
- Yalom, I. D. (1980). Existential psychotherapy. NY: Basic Books.
- Yalom, I. D. (1983). Inpatient group psychotherapy. NY: Basic Books.
- Yalom, I. D. (1985). The theory and practice of group psychotherapy (3rd Ed.). NY: Basic Books.
- Yalom, I. D. (1995). The theory and practice of group psychotherapy (4th Ed.). NY: Basic Books.
- Yalom, I. D. & Rand, K. H. (1966). Compatibility and cohesiveness in therapy groups. Archives of General Psychiatry, 15, 267-276.
- Yalom, I. D., Houts, P. S., Newell, A. B., & Rand, K. H. (1967). Preparation of patients for group therapy. Archives of General Psychiatry, 17, 416-428.
- Yalom, I. D., Block, S., Bond, G., Zimmerman, E., & Quails, B. (1978). Alcoholics in interactional group therapy: An outcome study. Archives of General Psychiatry, 35, 419-425.
- Zax, M. (1961). Demographic characteristics of alcoholic outpatients and the tendency to remain in treatment. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 22, 98-105.
- Zimberg, S. (1980). The clinical management of alcoholism. NY: Brunner/Mazel.
- Zinker, J. (1977). Creative process in Gestalt therapy. NY: Brunner/Mazel.