

Д. И. Шустов, О. Д. Тучина

ПСИХОТЕРАПИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Руководство для врачей



Санкт-Петербург
СпецЛит

Д. И. ШУСТОВ, О. Д. ТУЧИНА

ПСИХОТЕРАПИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Руководство для врачей

Санкт-Петербург
СпецЛит
2016

Авторы:

Шустов Дмитрий Иванович — профессор, заведующий кафедрой психиатрии
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России;

Тугина Ольга Дмитриевна — ассистент кафедры психотерапии
и медико-социальной реабилитации в наркологии ФГАОУ ВО РУДН

Шустов Д. И., Тучина О. Д.

Ш97 Психотерапия алкогольной зависимости : руководство для врачей / Д. И. Шустов, О. Д. Тучина. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2016. — 415 с. — ISBN 978-5-299-00787-9.

Психотерапия алкогольной зависимости не может быть одномоментной или происходить где-то вне излечивающих взаимоотношений «терапевт — пациент». На каждом этапе продвижения к выздоровлению эффективны и допустимы лишь те вмешательства, которые соответствуют ресурсам пациента, возможностям терапевта и поддерживающим качествам среды. Ресурс пациента во многом определяется уровнем его личностного функционирования, личным выбором и мотивацией к изменению существующего положения дел. Ресурс терапевта определяется его пониманием динамики состояния пациента, заинтересованностью в излечении, умением использовать анализ контрпереноса и организовать поддерживающее окружение для пациента и самого себя.

В руководстве авторы останавливаются на 145 терапевтических методах и подходах к лечению алкогольной зависимости, большинство из которых относится к научным методам с доказанной эффективностью. Структура книги отражает последовательность стадий непрерывного терапевтического процесса. В издании приводятся иллюстрации и алгоритмы психотерапевтической работы, а также высказывания известных писателей-алкоголиков, оформленные в виде обратной связи. Список литературы содержит 654 источника, из них 536 — зарубежные, большинство из которых издано в текущем тысячелетии.

Руководство будет полезно психологам, психиатрам-наркологам, психотерапевтам, врачам общей практики, социальным работникам и консультантам, а также всем, кто по роду своей деятельности или в силу личных причин сталкивается с непростыми вопросами лечения алкогольной зависимости.

УДК 613.816

ОГЛАВЛЕНИЕ

Условные сокращения	7
Предисловие. Долгожданная книга (Т. В. Агибалова)	10
Введение	13
ГЛАВА 1. ПСИХОТЕРАПИЯ: ВЗАИМООТНОШЕНИЯ, СТАДИИ И ДЕЙСТВУЮЩИЕ ФАКТОРЫ	
1.1. Психотерапевтические взаимоотношения	16
Психологическое и медицинское измерения психотерапии	17
Стадии психотерапевтического процесса, эффективность и неэффективность психотерапии	19
1.2. Общие факторы в психотерапии, или как психотерапия действует	24
Факторы клиента	28
Факторы терапевта. Эмпатия	31
Фактор отношений	35
Фактор ожиданий и плацебо	39
Катарсис и эмоциональное реагирование	44
ГЛАВА 2. АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ И АДДИКТИВНАЯ ЛИЧНОСТЬ	
2.1. Этиопатогенез алкогольной зависимости	48
2.2. Преалкогольная личность. Концепция коморбидности	57
2.3. Алкогольная личность	66
Диссоциация и психическая травма	68
Алкогольное расщепление	73
Алкогольная личность и расщепление в транзакционном анализе	76
Структура алкогольной личности	78
Удовольствие от предвкушения смерти	84
ГЛАВА 3. ПРОЦЕСС ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА	
3.1. «Судьба алкоголика»	95
3.2. Терапевтические ремиссии. Этапы длительной терапевтической ремиссии	97
3.3. Спонтанные ремиссии	104
3.4. Выздоровление, ремиссия и излечение	107
3.5. Этапы выздоровления первого типа	110
3.6. Выздоровление второго типа	117

Алкогольный сценарий жизни	117
Психология аддиктогенной семьи и структура сценария	121
Выздоровление от алкогольного сценария жизни	129

ГЛАВА 4. КОНТАКТ, КОНТРАКТ И АЛЬЯНС

4.1. Контакт и мотивирование. Первая сессия	132
Всегда ли нужен предварительный контакт с алкогольным «Я» клиента?	132
Контакт в присутствии алкогольного «Я». Мотивационное интервью	134
Контакт с «Аддиктом» в состоянии опьянения	140
4.2. Первая сессия. Интервью	147
О чем говорить	147
Как заканчивать	152
4.3. Контракт	152
Основные характеристики контракта как процедуры	152
Бихевиоральный контракт, или Контракт как законченный терапевтический метод	156
Контракты, закрывающие «аварийные люки»	162
4.4. Альянс	168
Роль раннего альянса	168
Транстеоретическая модель терапевтического альянса в наркологии (первая сессия после дезинтоксикации)	170
Структура сессии по установлению терапевтического альянса	171
Терапевтический альянс как начальная стадия процесса психотерапии	175
Способы продвижения альянса у пациентов с личностными расстройствами, которые наиболее часто сочетаются с алкогольной зависимостью	178

ГЛАВА 5. ДЕКОНТАМИНАЦИЯ, ИЛИ ВОССТАНОВЛЕНИЕ

СПОСОБНОСТИ АДЕКВАТНО ОЦЕНИВАТЬ СЕБЯ И ОКРУЖЕНИЕ

5.1. Что такое контаминация и деконтаминация, их виды	184
5.2. Психотерапия алкогольного расщепления	187
Терапевтические техники	191
Контролируемое употребление алкоголя	192
Осознавание наличия алкогольного «Я»	199
Отчуждение алкогольного «Я»	202
5.3. Парентинг и начало процесса прощения родителей	206
Спот-репарентинг, или точечный репарентинг	209
Родительское интервью	209
Саморепаментинг	210
Регрессивный репарентинг	211
Особенности работы с родительскими интроектами	212
5.4. Деконтаминация второго типа, или освобождение Взрослого от эмоций и обид Ребенка	215

Деконтаминация Взрослого от страха Ребенка	217
Аутентичные и рэкетные чувства. Гнев и враждебность	221
Работа с гневом на деконтаминационной стадии лечения алкогольной зависимости	223
Горевание у зависимых от алкоголя пациентов	235
5.5. Доступный Взрослый. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия и психотерапия, использующая запрет и плацебо-эффект.	238
Когнитивно-бихевиоральная психотерапия	239
Психотерапия, использующая запрет и плацебо-эффект	253
5.6. Разрешение	258

ГЛАВА 6. ПСИХОТЕРАПИЯ АЛКОГОЛЬНОГО АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

6.1. Распространенность и формы алкогольного аутоагрессивного поведения	262
Завершенный алкогольный суицид	263
Клинические типы алкогольных парасуицидов	266
Несуицидальные самоповреждения	270
6.2. Неспецифические мишени психотерапии алкогольного аутоагрессивного поведения	272
6.3. Оценка суицидального риска при алкогольной зависимости и решения в пользу стационарной или амбулаторной психотерапии	273
6.4. Кризисное вмешательство и антисуицидальный контракт	277
6.5. Аутоагрессия в алкогольных семьях: клинический и терапевтический подходы	278
Кризисная семейная психотерапия.	280
Склонность к самоубийству, как «инфекция», передается в семьях. Эпиграф	282
6.6. Методы долговременной психотерапии суицидальных и других аутоагрессивных тенденций у зависимых от употребления психоактивных веществ пациентов	289
Когнитивно-бихевиоральная психотерапия	289
Диалектическая бихевиоральная психотерапия	290
Терапия внутренних голосов (Voice Therapy)	292
Психодинамические подходы	293
Лечение, основанное на ментализации	298
Трансакционный анализ	299
Психотерапия самопрощением	302

ГЛАВА 7. ТРАНСФЕР И КОНТРАНСФЕР

7.1. Проблемы неупотребляющих	305
7.2. Психотерапия, ориентированная на вербальные воспоминания в условиях переноса	307

Игры абстинентов	308
«За» и «против» когнитивной психотерапии «сухих» игр	313
Поддерживающая экспрессивная психотерапия Лестера Люборски	315
7.3. Эмпатические психотерапевтические техники, восполняющие дефициты развития и объектных отношений — техники, ориентированные на различные виды индивидуального и группового парентинга	317
Принципы работы с составляющими потребности во взаимоотношениях	321
Репарентинг в терапевтических сообществах	331
Вариант группового амбулаторного парентинга	336
7.4. Перерешение и автономия	336
7.5. Контртрансфер и супервизия	348
«Второе зеркало»	348
Супервизия и контртрансфер	350
Проблемы терапевтов-наркологов, выявляемые в супервизии . .	355
Заклучение	360
Список психотерапевтических методов, описанных или упоминаемых в монографии	369
Литература	373

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

- АА — Анонимные Алкоголики — терапевтическое сообщество
ААС — алкогольный абстинентный синдром
АЗ — алкогольная зависимость
АН — Анонимные Наркоманы — терапевтическое сообщество
АОР — антагонисты опиоидных рецепторов
АП — аутоагрессивное поведение
АРД — акцептор результатов действия
АСЖ — алкогольный сценарий жизни
АЯ — алкогольное «Я»
БТ — бихевиоральная (поведенческая) терапия
В — эго-состояние Взрослый
В₁ — эго-состояние Маленький Профессор (или Взрослый в Ребенке)
ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения
ДА — дофамин
ДБТ — диалектическая бихевиоральная психотерапия
ЕРе — эго-состояние Естественный Ребенок
ИБС — ишемическая болезнь сердца
КАИ — краткосрочные антиалкогольные интервенции снижения вреда
КБТ — когнитивно-бихевиоральная психотерапия
КСП — кризисная семейная психотерапия
КУ — контролируемое употребление
МИ — мотивационное интервью
МКБ — Международная классификация болезней
НС — направленное самоизменение — метод психотерапии
НЯ — нормативное «Я»
П — фактор психотизма по Г. Айзенку
ПАВ — психоактивное(-ые) вещество(-а)
ПБ — поиск безопасности — метод психотерапии
ПВА — патологическое влечение к алкоголю
ПТС — поведенческий тренинг самоконтроля
ПТСР — посттравматическое стрессовое расстройство
ПФК — префронтальная кора
Р — эго-состояние Родитель (Родитель)
Р₁ — эго-состояние Адаптированный Ребенок (Родитель в Ребенке)
Ре — эго-состояние Ребенок (Ребенок)
Ре₁ — эго-состояние Естественный Ребенок
РИ — ролевая индукция — психотерапевтическая интервенция

- РКИ — рандомизированные клинические исследования (испытания)
- РЛ — расстройства личности
- РМЛ — расстройство множественной личности
- ТА — транзакционный анализ — метод психотерапии
- ТП — терапия прощением
- ТС — терапевтическое сообщество
- ф-MPT — функциональная магнитно-резонансная томография
- ЦКТВ — центральная конфликтная тема взаимоотношений Л. Люборски
- ШД — шкала диссоциации (DES, Dissociative Experiences Scale) — психодиагностический инструмент
- APA — American Psychological Association (Американская психологическая ассоциация)
- CALM. CALM Project — Counseling for Alcoholics' Marriages (антиалкогольное супружеское консультирование)
- COMBINE — Clinical Trial Combining Medication and Behavioral Therapies for the Treatment of Alcoholism (клиническое исследование сочетания медикаментозной и бихевиоральной терапии в лечении алкоголизма, проводилось NIAAA)
- DSM — Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам)
- FRAMES — принципы КБТ и МИ: Feedback — обратная связь; Responsibility — ответственность, Advice — совет; Menu — выбор возможностей; Empathy — эмпатия; Self-efficacy — самоэффективность
- ICD — International Classification of Diseases (МКБ)
- MAS — MacAndrew Alcoholism Scale (шкала Мак-Эндрю, психодиагностический инструмент)
- MATCH, Project MATCH — Matching Alcoholism Treatment to Client Heterogeneity (клиническое исследование NIAAA «Подбор соответствующего антиалкогольного лечения для различных категорий клиентов»)
- MBT — Mentalization-based treatment (лечение, основанное на ментализации)
- MOCE — Moderation-Oriented Cue Exposure (предъявление стимулов для достижения КУ)
- MMPI — Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Миннесотский многоаспектный личностный опросник)
- NESARC — The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (национальное эпидемиологическое исследование алкоголизма и связанных с ним заболеваний)

- NIAAA – National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (Национальный институт по вопросам злоупотребления алкоголем и алкоголизма)
- NIDA – National Institute on Drug Abuse (Национальный институт по вопросам злоупотребления наркотиками, США)
- p – уровень значимости, статистический показатель
- PDQ – Personality Disorder Questionnaire (диагностический тест личностных расстройств)
- r – коэффициент корреляции, статистический показатель
- REACH – пятишаговая модель прощения: Recall – вспоминать; Empathize – чувствовать эмпатию; Altruistic – проявлять альтруизм; Commitment – принимать обязательства; Hold – сохранять
- SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration (Управление наркологических и психиатрических служб США)
- SD – стандартное отклонение, статистический показатель
- WHO – World Health Organization (ВОЗ)

ДОЛГОЖДАННАЯ КНИГА

Сердце можно лечить только сердцем.

В. Н. Виноградов

Встреча двух личностей подобна контакту двух химических веществ: если есть хоть малейшая реакция, изменяются оба элемента.

К. Г. Юнг

Дорогие читатели!

Будучи в гуще непрекращающихся дискуссий по вопросам оптимизации наркологической помощи, общаясь с коллегами и курсантами, отмечу энтузиазм, с которым все ищут новые возможности лечения, осваивают техники и методы, реализуют реабилитационные программы, и все ради одной цели — помочь зависимому пациенту выздороветь. Но что значит выздороветь и что лежит в основе исцеляющего процесса? Что мы можем предложить страдающему от алкогольной зависимости? Что его действительно вылечит: новое лекарство или новый подход? Ответы на эти центральные для наркологической помощи вопросы дает книга «Психотерапия алкогольной зависимости».

Авторы, известные в медицинских и психологических кругах психотерапевты, показывают, насколько важны отношения, которые мы выстраиваем, взаимодействуя с пациентом в процессе психотерапии от первой встречи и первого контакта до завершения лечения. Любые медицинские, в том числе фармакологические и психологические, вмешательства эффективны при одном основополагающем условии. И это условие — наличие терапевтических взаимоотношений между пациентом и *помогающим* специалистом: наркологом, психотерапевтом, психологом или «равным» консультантом. Возможности терапевтических отношений не ограничены так, как ограничены отдельные методики психотерапии или применение лекарств. Предлагая зависимому пациенту отношения, в которых он до этого не был, психотерапевт катализирует новый внутренний процесс, в котором вещества, алкоголь или наркотики уже не будут играть главенствующую роль. Продвигаясь по пути выздоровления и следуя новым отношениям, пациент повторяет и воспроизводит их все более успешно уже вне стен терапевтического учреждения, пересматривая свой прошлый опыт общения «ради вещества» в пользу общения ради человеческой близости.

Сложно описать то, что называется в книге терапевтическими взаимоотношениями, и научить им. Однако авторам удалось осветить самые разные аспекты становления и упрочения этих отношений, показать вклад в них и специалиста, и пациента. Прекрасные примеры из классической русской литературы и терапевтической практики дают представление о том, как трепетно и бережно, вдумчиво и глубоко авторы относятся к формированию терапевтических взаимоотношений, как много факторов и закономерностей следует учитывать, как уникален каждый случай, каждый пациент.

Если вы зависимый человек, то, прочитав эту книгу, поймете, что процесс выздоровления — это реально достижимая цель. И первое, что, возможно, следует сделать на этом пути, — найти «своего» специалиста или коллектив специалистов клиники, реабилитационного центра, которые будут готовы идти с вами к цели, бережно и уважительно выстраивая границы и показывая горизонт.

Если вы специалист, работающий с зависимыми пациентами, то, прочитав эту книгу, вы удивитесь, как много дает то, что может быть практически незаметным и обесцененным в рутинной практике лечения, как отношения специалиста с пациентом определяют успех всего терапевтического процесса в наркологическом стационаре или реабилитационном центре.

И если вы зависимый специалист, испытывающий потребность в анализе со стороны объективного и доброго собеседника, то вы найдете в книге и такой взгляд, и такую поддержку.

Не могу не отметить, что авторы проделали огромную работу, систематизировав многочисленные и порой противоречивые знания и мнения в области психотерапевтического лечения зависимостей, опираясь на современные научные исследования, принципы доказательной медицины и добросовестной клинической практики. Философский акцент в книге сделан на логике и стратегии долгосрочной аналитической психотерапии и транзакционного анализа, в области которого авторы являются признанными специалистами международного уровня. Тем не менее психотерапевтическая работа по лечению зависимостей невозможна в одной парадигме, и авторы показывают, как можно тактически использовать и сочетать различные подходы, претендующие на универсальность (транстеоретическую модель Прохазки и ди Клементе, методологию Анонимных Алкоголиков), с популярными техниками когнитивно-поведенческой психотерапии, психоанализа, семейной терапии и других модальностей.

С точки зрения практикующего специалиста, в этой книге содержится множество уникальных и очень ценных идей. Прежде всего это понятие об алкогольном расщеплении личности в контексте сопутствующей расщеплению диссоциации — феноменов, которые не-

оправданно игнорируются в процессе лечения зависимых пациентов. Впервые подробно описываются проблемы неупотребляющих, психологические игры абстинентов и «трезвых алкоголиков». Приводится алгоритм психотерапии алкогольного аутоагрессивного поведения в свете авторских исследований саморазрушающего потенциала зависимой личности, ответственного не только за потерю жизни как таковой (суициды и смерть, например, от цирроза печени), но и за утрату нормальной семейной, профессиональной и социальной жизни. Авторы приводят полную структуру психотерапевтических сессий по построению терапевтических отношений, что является особенно ценным для специалистов, помогают освоить психотерапевтические навыки для последующей отработки их на обучающих тренингах и семинарах. Безусловно, важным для специалистов окажется раздел, посвященный супервизии в наркологии, значимость которой осознается все большим числом психотерапевтов, психиатров и наркологов. Интересны и главы, описывающие подходы к контролируемому употреблению алкоголя, терапию чувств горя, гнева, враждебности, стыда, страха, вины, столь частых у зависимых пациентов. Особо следует выделить раздел о прощении и примирении как терапевтическом инструменте.

Итак, что же дает эта книга читателю? На мой взгляд, три главные вещи: полноценное понимание того, кто такие пациенты с алкогольной личностью; что представляет собой процесс выздоровления зависимых от алкоголя; четкое видение психотерапевтического процесса. Книга наделяет врачей первоклассными научно обоснованными знаниями способов лечения наркологических пациентов; позволяет по-новому взглянуть на зависимых от алкоголя людей и переоценить собственные методы работы с ними.

Татьяна Васильевна Агибалова,
доктор медицинских наук, заведующая отделением психотерапии и стационарной реабилитации НИИ наркологии, филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России, заведующая кафедрой психотерапии и медико-социальной реабилитации в наркологии ФПК МР РУДН, сертифицированный транзакционный аналитик

ВВЕДЕНИЕ

Монография задумывалась как еще одно руководство по психотерапии алкогольной зависимости, продолжающее наши прежние изыскания в этой области (Шустов Д. И., 2005; 2009). Нам хотелось акцентировать внимание на редком для отечественной психотерапевтической культуры пути исцеления психики зависимого через формирование излечивающих отношений с терапевтом.

Будучи психотерапевтами и представляя свою точку зрения, мы считаем важным услышать и вторую сторону — компетентное мнение алкоголика, выраженное понятным и даже литературным языком. Поэтому, иллюстрируя положения книги, мы прибегли к свидетельствам известных и малоизвестных русских писателей-алкоголиков, а также таких, как Максим Горький, — имеющих алкогольную душу, но так и не посмевших, к счастью, наверное, ее реализовать.

Возможно, слово «посмевших» звучит с оттенком вызова, как будто кто-то пренебрег своей великолепной потенцией, растратил свой талант, свой Божественный дар и не оправдал ожидания современников, не отразившись, как Есенин, во всей мрачной истерической красоте алкогольного безумия.

Вспоминаются слова скромного и «тихого» алкоголика Юрия Павловича Казакова (1927–1982) из изумительного по чистоте и красоте слога и полного любви рассказа «Во сне ты горько плакал» (1977), сказанные по поводу суицидальной смерти своего соседа по даче в Абрамцеве с затаенным восхищением и, может быть, с завистью:

«Ружье висело на стене. Он снял его, почувствовал холодную тяжесть, стылость стальных стволов. Цевье послушно легло в левую ладонь. Туго подался под большим пальцем вправо язычок замка. Ружье переломилось в замке, открывши, как два тоннеля, затыльный срез двух своих стволов. И в один из стволов легко, гладко вошел патрон. Мой патрон!

По всему дому горел свет. Зажег свет он и на веранде. Сел на стул, снял с правой ноги башмак. Со звонким в гробовой тишине шелчком взвел курок. Вложил в рот и сжал зубами, ощущая вкус маслянистого холодного металла, стволы...

Да! Но сразу ли сел и снял башмак? Или всю ночь простоял, прижавшись лбом к стеклу, и стекло запотевало от слез? Или ходил по участку, прощаясь с деревьями, с Яснушкой (рекой. — *Прим. авт.*). С небом, со столь любимой своей баней? И сразу ли попал пальцем ноги на нужный спусковой крючок или, по всегдашней неумелости своей, по наивности нажал не на тот крючок и долго потом передыхал, утирая холодный пот и собираясь с новыми силами?

И зажмурился ли перед выстрелом или до последней аспидной вспышки в мозгу глядел широко раскрытыми глазами на что-нибудь?

Нет, не слабость — великая жизненная сила и твердость нужны для того, чтобы оборвать свою жизнь так, как он оборвал!»¹.

Сосед, тоже писатель, не страдал алкоголизмом. Но как описывает его смерть Казаков! Как будто он присутствовал при суициде, предварительно снабдив друга патронами. И все было скорее не так, но нам важно, как алкогольная психика Казакова, его душа водит пальцами по бумаге, помогая выразить торжественную радость, восхищение, вину, надежду, что кто-то сделал за него то, что он должен был сам сделать с собой. Но не сделал. Сделал другое — в своей «абрамцевской запойной тьме»:

«Он выгнал жену, без сожаления отдал ей сына, о котором так дивно писал, похоронил отца, ездившего по его поручениям на самодельном мопеде. С ним оставалась лишь слепая, полуневменяемая мать. Он еще успел напечатать пронзительный рассказ „Во сне ты горько плакал“, его художественная сила не только не иссякла, но драгоценно налилась...»².

И умер от цирроза печени.

Но возвращаясь к Горькому, спросим: лучше бы он стал алкоголиком!? Но вот Фадеев³ стал, поддавшись горьковскому мобилизационному призыву «С кем вы, мастера культуры?», что не спасло его от рокового выстрела.

В поисках второго отражения мы были обречены увязнуть в душе русского алкоголика. И мы поразились, сколько незамеченного, низменного и грязного соседствует с возвышенным, которое никогда не проявится, умрет «На дне»⁴, поскольку писательский талант — редкость и он не излечивает, а только позволяет показать изначальную красоту, которую невозможно пропить.

И это страшная правда зависимости, что красота никого не спасет.

А мать? Мать не спасет алкоголика. Этот неожиданный тезис писатели сообщили нам через материнские «флэшбеки» в своих

¹ Казаков Ю. П. Во сне ты горько плакал. — М.: Астрель, 2011. — С. 396—415.

² Нагибин Ю. Время жить. — М.: Современник, 1987. — С. 485—490.

³ Александр Фадеев, автор «Молодой гвардии» и проч., запойный алкоголик и сталинский «начальник» всех советских писателей, обидевшись на критику и лишение должности, застрелился (см. его предсмертное письмо в ЦК в 1956 г.), открыв таким образом новый способ решения проблем и для дочери (застрелилась в 1992 г.).

⁴ Название пьесы Максима Горького (1979а) и метафора сообщества Анонимных Алкоголиков, означающие некую точку, ниже которой невозможно падение и от которой начинается процесс выздоровления.

произведениях. Напомним, что «флэшбеками» при посттравматическом стрессовом расстройстве называются вторжения ранее пережитого ужаса, ситуацией психической травмы в настоящее с повторным и болезненным переживанием их заново. Алкоголики часто обращаются к этому образу, как зеки, накалывающие «Не забуду мать родную», иногда прямо: «Ты еще жива, моя старушка?» (С. Есенин) или «Мне мама сама давала иногда опохмелиться» (А. Фадеев с 16 лет)¹; иногда через искаженный, уродливый образ, выведенный будто случайно, как у Куприна в «Славянской душе»: «...странное существо... женщина лет пятидесяти с лишним, в лохмотьях. Избитая и бессмысленная. Отец с трудом пришел в себя от изумления. Он долго и горько толковал Ясю, что надо сойти с ума, чтобы жениться на такой твари» (Куприн А., 1970. С. 165). Есть еще много примеров того, что глубокая регрессия, достигаемая в интоксикации алкоголиками, обращена к ранним отношениям с матерью, с попыткой изменить эти отношения и найти балинтовское «новое начало» (Райкрофт Ч., 1995).

Но «новое начало» — это не изменение матери, которого скандально требуют алкоголики², порой награждая матерей упреками и побоями, это скорее потерянный самим алкоголиком путь, возможность, которая существовала поодаль от алкогольного выбора, но которую будущий алкоголик проигнорировал. Мы думаем, что если такая возможность еще сохранилась в маловостребованных нейронных сетях, не уничтоженных синаптическим прунингом³, то и кардинальное выздоровление может случиться, хотя, если выбор был сделан слишком рано, улучшение возможно лишь как опережающий «бег по эскалатору, идущему вниз» (Горски Т., 2013).

Психотерапия предлагает новые отношения и обозначает безопасные пункты для находящихся на минном поле. В этих пунктах можно отдохнуть чуть дольше, чем между запоями, наметить новую тропу, а то и пригласить проводника, чтобы наконец выбраться из заминированного болота. Психотерапия также может воодушевить алкоголика покинуть заколдованное место самому — и не в результате инфаркта или суицида, а в результате трансформации и полета.

Об этом и пойдет речь в книге.

¹ Цит. по: *Шувалов А. В.* Безумные грани таланта: энциклопедия патографий. — М.: АСТ; Астрель; Люкс, 2004.

² И верующие в доктрину созависимости психологи — ортодоксы.

³ Массированное сокращение малоиспользуемых синапсов, приводящее к значительной утрате серого вещества мозга: около 50 % нейронов теряются с момента рождения к возрасту 25 лет (Selemon L. D., 2013).

ГЛАВА 1

ПСИХОТЕРАПИЯ: ВЗАИМООТНОШЕНИЯ, СТАДИИ И ДЕЙСТВУЮЩИЕ ФАКТОРЫ

1.1. Психотерапевтические взаимоотношения

Во все большем числе определений психотерапии используется в качестве ключевого понятия концепция психотерапевтических взаимоотношений (Holmes J., Lindley R., 1989; Frank J. D., Frank J. A., 1991; Pritz A., 2002). Джон Норкросс и Майкл Ламберт под психотерапевтическими взаимоотношениями понимают чувства и установки терапевта и клиента по отношению друг к другу, а способ их выражения включает все то, что «случается под терапевтическим солнцем» (Norcross J. C., Lambert M. J., 2011). Подчеркивая роль излечивающих взаимоотношений, авторы указывают на их различие с классическим определением Жана Пиаже, где под психотерапией подразумевается «использование психологических знаний с целью лечения разных болезней». Последнее определение достаточно устойчивое, чтобы консолидировать медицинские модели психотерапии вокруг определения ВОЗ: «Психотерапия относится к плановым и организованным воздействиям, цель которых — влияние на поведение, настроение и эмоциональные паттерны реагирования на различные стимулы с помощью вербальных и невербальных психологических средств» (WHO, 2001). При этом в медицинской модели, наравне, например, с физиотерапией, существует отношение к психотерапии как к средству, вырванному из контекста взаимоотношений (психотерапию сводят к «психотерапевтическому приему» или «психотерапевтическому навыку»), что может быть применено любым врачом¹ в любом месте и в любое время с целью устранения болезненного (патологического) симптома. Предполагается активная роль одного лишь врача (так называемое его властное преимуще-

¹ Основным отличием общей или непрофессиональной психотерапии является намеренная широкая доступность ее методов для врачей-интернистов и любых людей, общающихся с больными. «Позволяем себе ответить на вопрос, — писал проф. К. А. Скворцов, — кто должен быть психотерапевтом — психиатр, терапевт, хирург, эндокринолог? Психотерапевтом должен быть любой врач, лечащий больных» (1958).

ство), тогда как пациент является всего лишь пассивным получателем услуги. Полагают, что психотерапию можно «освоить» как хирургический прием или прием массажа. В определенном смысле такой взгляд верен, если речь идет об ограниченном нарушении поведенческой функции в рамках, например, обсессивно-компульсивного расстройства. Но вряд ли алкогольная зависимость представляет собой симптом как мишень, появившуюся в результате испуга и закрепившуюся по условно-рефлекторному механизму.

В контексте заявленной наркологической темы нам хотелось бы акцентировать внимание именно на отношениях между терапевтом и клиентом, разворачивающихся в общем intersубъективном пространстве, которое принадлежит обоим и которого ранее не было ни у одного, ни у другого. Нам хотелось бы также подчеркнуть активную роль клиента как в овладении стратегией аддиктивного поведения, так и в освобождении от него. Все это определяет психологическую парадигму психотерапии.

Психологическое и медицинское измерения психотерапии

Вне психологической парадигмы невозможны психотерапевтический контакт и психотерапевтическое изменение, поскольку адресация к внутренним психическим ресурсам страдающего человека и поощрение его к выздоровлению лишены всякого смысла без признания клиентом ответственности за свое положение и страдание даже при самых, казалось бы, биологически детерминированных заболеваниях. Основа психологического подхода заключается в признании того факта, что всякое страдание имеет адаптационный смысл и по форме представляет собой *решение*, принятое личностью с учетом особенностей окружения. Зачастую подобного рода решения, повлекшие психическое расстройство, человек принимал в раннем возрасте, так что задачей психотерапевта становится профессиональным образом структурированное сопровождение клиента к месту и возрасту, где он был травмирован или находился под давлением родителей или обстоятельств. У значительной части клиентов родительское давление и неблагоприятные для будущего обстоятельства похожи так, что психотерапевтическое сопровождение может быть алгоритмизировано, и этот поход к точке исцеления может следовать четкому, универсальному (сходному для клиентов с одинаковым клиническим диагнозом) и научно обоснованному плану. У другой части клиентов обстоятельства могут быть уникальны, а поведение, построенное на нездоровом решении, может препятствовать и сопротивляться сотрудничеству с психотерапевтом. В этих случаях движение к цели становится интуитивным,

уникальным, никогда прежде не применявшимся, новым. Это творческий аспект психотерапии. Составляющие этого аспекта описываются своеобразным психологическим языком, представляя собой психическую реальность, неподвластную количественным оценкам и, следовательно, статистическим процедурам. Например, можно сказать, что «в данном случае имеется *позитивный перенос*» или «*интроект отца* теперь проявился», но нельзя сказать, что «*перенос* составил 62 %», а «психическая плотность *интроекта* (или „тени отца Гамлета“) равна восьми единицам». Иногда критерием оценки эффективности результата психотерапии или правильности движения служат завершенность, симметрия или красота, которые сами по себе отражают больше истину искусства, чем науки¹, и в то же время свидетельствуют об упорядочивании и гармоничном завершении серии нейронных процессов в соответствующих областях мозга².

Есть еще несколько аспектов, связанных с клинической и психологической парадигмами, на которых хотелось бы остановиться. Если следовать клинической концепции, то основным критерием эффективности психотерапии является исчезновение или значительное ослабление симптома, улучшение качества жизни и повышение самооценки, что для глубинной или аналитической психотерапии служит лишь начальным этапом психотерапевтического взаимодействия и знаменует собой период, когда следует пригласить пациента для продолжения работы (становления более качественной ремиссии) или согласиться с его побуждением завершить терапию. Например, для пациентов с обсессивно-компульсивным расстройством достаточно достигнуть стадии контроля симптомов; для больных с алкогольной зависимостью от этой стадии предпочтительнее продвинуться в сторону стимулирования или построения заново сдерживающих и поощряющих трезвость личностных структур; а при психотерапии характерологических расстройств или хронических депрессий любое завершение будет неполным без глубокого изменения архаических личностных структур и пересмотра всего жизненного плана пациентов.

Некоторые различия клинического и психологического подходов будут сказываться на самом психотерапевтическом измерении. Границы клинической психотерапии (если признавать первичность

¹ В России нет научной специальности «психотерапия».

² Например, область Брока активизируется и речью, и музыкой; есть данные о способности мозга предвосхищать гармоничное завершение консонантного аккорда и сигнализировать об отклонении от гармонии при диссонантности (Höschl C., 2010).

мозговых процессов, рефлексов и моментов смысла¹) совпадают с контурами тела человека и продолжительностью его жизни, как если бы терапевт был больше соматопсихически ориентирован, полагая, что индивидуальный человеческий опыт и, следовательно, пространство работы терапевта ограничены рождением и физической смертью. Психологический подход предполагает, что индивид наследует опыт предшествующих поколений², влияющий на его решения в настоящем, и что с физической смертью тела пациента не заканчивается работа его души. Одной из самых сильных конфронтаций³ суицидального импульса пограничного пациента является факт внезапного осознания им в ходе психотерапевтической сессии, что работу психотерапевта с ним не сможет остановить даже смерть его, пациента, физического тела, поскольку психотерапевт будет уважать решение души пациента прервать физическое существование, останется с ней на этом пути и, возможно, будет контактировать с душой пациента и после смерти физического тела.

Стадии психотерапевтического процесса, эффективность и неэффективность психотерапии

Несомненно, психотерапия — это процесс, развертывающийся во взаимоотношениях терапевта и клиента, проходящий ряд стадий или фаз. Например, в адлеррианской психотерапии выделяют 4 фазы: фазу установления отношений, фазу анализа и оценки, фазу поощрения инсайта, фазу переобучения и переориентации (Dreikurs R., 1967). Ховард и соавт. выделяли 3 фазы: реморализации, или восстановления, морального духа (субъективное благополучие); ремедиации, или уменьшения, симптомов; реабилитации, или восстановления, функционирования в обычной жизни (Howard K. I. [et al.], 1993). Авторы отмечали, что изменения у клиента в процессе психотерапии происходят предсказуемо: каждая последующая фаза основывается на предыдущей, зависит от ее прохождения и прогресса, достигнутого на ней. Существует еще ряд моделей, уточняющих закономерности взаимного процесса и, самое главное, ограничивающих (или рекомендуемых) использование психотерапевтических техник в зависимости от стадии процесса (Lippit R. [et al.], 1958;

¹ Понятие, связанное с нейрофизиологическим результатом взаимодействия двух индивидуумов.

² Мы имеем в виду как небологическую трансгенерационную наследственность, передающуюся через феномены культуры и семьи, так и эпигенетические биологические механизмы передачи прошлого травматического опыта от родителей к детям и внукам (см. Radford E. J. [et al.], 2014).

³ См. Хиллман Дж., 2004.

De Rivera J. H., 1992; Novellino M., Moiso C., 1990). Например, на стадии контакта, диагностики и установления терапевтического альянса техники активного слушания и позитивного отражения предпочтительнее, чем открыто конфронтационные. При игнорировании этого положения пациент не будет продолжать терапию, уйдет (возможно, не после первой встречи), а само психотерапевтическое воздействие окажется неэффективным.

Помимо стадий взаимного процесса, каждый участник психотерапевтических взаимоотношений имеет свой процесс. То есть и пациент, и психотерапевт имеют свои процессы к моменту первой встречи в офисе психотерапевта.

Может быть, наиболее полно и доказательно аспект наличия процесса клиента освещен в работах Джеймса Прохазки и соавторов, которые описали универсальные стадии изменений и нашли, что 45 % зависимых пациентов бросают психотерапевтические программы преждевременно, поскольку лечение часто не соответствует тому этапу, на котором они находятся (Prochaska J. O. [et al.], 1994). Эрик Берн называл внутренний процесс клиента, инициированный психотерапией, процессом излечения (cure), проходящим разные стадии: контроля симптомов, облегчения, трансферентного излечения и психоаналитического излечения (Berne E., 1961). Позже мы коснемся характеристик этих стадий; здесь же заметим, что движение по процессу выздоровления требует времени и соответствующей каждой стадии личностной зрелости. Например, на психотерапевтическом конгрессе один из нас принимал участие в тренинге, где представители разных психотерапевтических модальностей лечили реальную головную боль у клиентки-добровольца. Каждый психотерапевт помогал ей: головная боль (симптом) уменьшалась или проходила. Однако тут же возвращалась, чуть только начинал работать представитель уже иной модальности. Действительно, психотерапия работала независимо и от модальности, и даже от техники, другое дело — насколько эффект был долговечен или принят клиентом, насколько он соответствовал внутренней работе клиента, процессу выздоровления.

Процесс психотерапевта, который сказывается на результатах психотерапии, складывается из его уровня образования, профессиональной компетенции и ряда характеристик его личности, таких как способность к эмпатии, позитивному отношению, ненавязчивой теплоте и конгруэнтности (Rogers C., 1957). С другой стороны, способность психотерапевта отзеркаливать «не встреченный» (не отраженный) биологической матерью детский опыт клиента, проявлять его и способствовать его интеграции в автобиографическое повествование (автобиографическую память) (Stuthridge J., 2010)

предполагает контакт психотерапевта со своей Тенью (Jung С., 1928) или деструктивной стороной «Я», отрицание которой подкрепляет целый ряд проблематичных видов поведения: безрассудства, эгоизма и нарциссического чувства «правонаделенности» (Hopping G., 2013). Подобный тип осознания терапевтом своей темной стороны, возможно, является определяющим в долговременных психотерапевтических отношениях с наркологическими пациентами, особенно в рамках взаимопомощи в терапевтических сообществах¹.

Остановившись на характеристике процессов, мы хотели показать, что помимо диагноза клиента и специализации психотерапевта, необходимых, чтобы психотерапия состоялась и была признана эффективной, должно быть учтено большое количество иных неочевидных факторов. Это практически невозможно сделать вне контекста долговременных психотерапевтических отношений или психотерапевтической среды, когда неудачная попытка измениться (слабый результат или отсутствие ожидаемого результата) не предполагает выхода из терапевтических отношений и поддерживающего пространства.

Исследования эффективности психотерапии, предпринятые в 1952 г. Гансом Юргеном Айзенком (Eysenck H. J., 1952), обнаружили, что две трети (67 %) людей, страдающих эмоциональными нарушениями, практически самостоятельно избавляются от них в течение двух лет. Позже Аллен Бергин и Майкл Ламберт (Bergin A. E., Lambert M. J., 1978) «снизили» процент спонтанных ремиссий у невротиков до 40 %. Дж. Прохазка и соавт. (Prochaska J. O. [et al.], 1994) полагают, что огромное количество людей, изменивших себя, никогда не прибегали к услугам психотерапевта, а «с трудностями справлялись сами, используя собственные ресурсы, привлекая окружающих для поддержки и развивая стратегии, основанные на суровом опыте». При телефонном интервьюировании было выяснено, что от 53 до 87 % опрошенных избавились от алкогольных проблем без помощи посторонних лиц (Cunningham J. A., 1999) и лишь один из трех человек, избавившихся от алкогольной зависимости, обращался за медицинской помощью (Cunningham J. A., Breslin F. C., 2004). Значит ли это, что

¹ Дж. Фрэнк и А. Фрэнк (Frank J. D., Frank A., 1991) рассматривают психотерапию как ситуацию, включающую три основных элемента: во-первых, излечивающего агента, которым будет либо профессионал с официально признанной квалификацией, либо такой же страдалец или группа таких же страдальцев; второй элемент — страдалец, стремящийся к облегчению страданий; третий элемент — излечивающие отношения, которые подразумевают организованную серию контактов между лекарем и страдальцем.

психотерапевтические отношения могут быть заменены бытовыми (см. Prochaska J. O. [et al.], 1994), например, в случаях алкогольной зависимости, а совладающее (копинговое) поведение предпочтительнее терапевтического изменения? Думается, что в случаях алкогольной зависимости, фактически смертельного страдания, нахождение в терапевтической ситуации гораздо предпочтительнее (Наблюдение 1).

Наблюдение 1

Алексей — пятидесятилетний человек, который в свое время мог быть расценен как зависимый от алкоголя с периодически возникающими в состоянии опьянения приступами агрессии на фоне суженного сознания. Органического изменения мозга отмечено не было. Будучи вне лечебной программы и какой бы то ни было психотерапии, со временем он смог ограничить употребление алкоголя, что вместе с хорошими интеллектуальными способностями способствовало профессиональному и личностному росту. Однажды на фоне средней степени тяжести алкогольного опьянения в состоянии дисфории набросился на шофера такси и стал его душить во время движения, что привело к трагедии.

Данный случай иллюстрирует актуализацию патологического поведения, которое в свое время не было психотерапевтически проработано, с трагическим исходом после двадцати пяти лет контролируемого потребления алкоголя.

В настоящее время эффективность психотерапии считается доказанной. Так, Американская психологическая ассоциация (АРА, 2013) в своем меморандуме об эффективности психотерапии ссылается на доказательные исследования того, что результаты психотерапии обычно сохраняются более длительное время и с меньшей вероятностью требуют дополнительного курса лечения, чем психофармакологическое лечение. Положительные результаты психотерапии являются не только стойкими, но и продолжают улучшаться после завершения курса лечения, как показано большими величинами эффектов при катамнестическом исследовании. Психотерапия уменьшает уровень инвалидизации, заболеваемости и смертности и в целом помогает 75—80 % пациентов (Norcross J. C., 2010). Тем не менее вопрос определения эффективности отдельных направлений психотерапии для лечения конкретных заболеваний, связанный с необходимостью выработки медицинских стандартов и алгоритмов лечения «узаконенных» расстройств типа депрессии и алкоголизма, а не просто «мук души смятенной», остается в фокусе пристального изучения исследователей. Хотя еще в 1975 г. Лестером Люборски

и коллегами в отношении психотерапии был эмпирически подтвержден знаменитый вердикт птицы Додо¹ «Победили все! И каждый получит награды!», признававший одинаковую действенность различных ее видов (Luborsky L. [et al.], 1975), однако до сих пор ведутся споры о том, какие виды психотерапии «эффективнее», «оправданнее», «рациональнее» других (Baker T. B. [et al.], 2009; Shedler J., 2010). Так, согласно распространенной парадигме доказательной медицины (*evidence-based medicine*), на которую, кстати, ссылается АРА в своей резолюции, существует не так много психотерапевтических моделей лечения зависимостей с установленной эффективностью. Среди них – мотивационное интервью и мотивационная психотерапия (Miller W. R., Rollnick S., 1991), поддерживающе-экспрессивная психотерапия (Luborsky L., 1984), когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ) или методы, основанные на принципах профилактики рецидивов (Marlatt G. A., Gordon J. R., 1985/2005), поведенческий тренинг самоконтроля (Hester R. K., 2003; Hester R. K. [et al.], 2011), направленное самоизменение (Sobell L. C. [et al.], 2009), методы «дружеской заботы» (Brown B. S. [et al.], 2004), «поиска безопасности» (Najavits L., 2002), поведенческая супружеская психотерапия (McCrary B. S. [et al.], 2009; O'Farrell T. J., 2012), мотивирование с помощью вознаграждений (Petry N. M., 2011), матриксная модель (Rawson R., 1997)), а также различные виды семейной терапии, а именно: системная (Steinglass P. [et al.], 1987), мультисистемная (Henggeler S. W. [et al.], 1998), многомерная (Diamond G. S., Liddle H. A., 1996), краткосрочная стратегическая (Szapocznik J. [et al.], 2013), функциональная (Waldron H. B. [et al.], 2001).

Указанные методы включаются в передовые зарубежные рекомендации по лечению наркологических заболеваний (Proude E. [et al.], 2009; NIDA, 2012), оплачиваются страховыми компаниями и представляются как «золотой стандарт» психотерапии. Более того, чтобы устранить разрыв между эмпирическими доказательными исследованиями и реальной практикой здравоохранения в США (Institute of Medicine, 2001), а позднее и в Великобритании и других странах были приняты законодательные инициативы и программы, требующие внедрения доказательных практик в жизнь (Clark D. M. [et al.], 2009). Так, в одном из штатов США на законодательном уровне закреплено требование, что 75 % бюджетных средств должно расходоваться государственными наркологическими учреждениями на научно-доказательные виды деятельности (Glasner-Edwards S., Rawson R., 2010).

¹ Персонаж сказки Л. Кэрролла «Алиса в Стране чудес».

С другой стороны, существует серьезная критика доказательного подхода к определению эффективных методов психотерапии (Garfield S. L., 1996; Westen D. [et al.], 2004; Wachtel P. L., 2010), поскольку составление перечней и списков методов с доказанной эффективностью (и неэффективностью) способствует определенной стигматизации подходов, не попавших в данный список. Критика доказательных подходов вращается вокруг 4 вопросов, сформулированных более 10 лет назад Питером Натаном (Nathan P. E., 2004):

1. Какая модель отражает результаты психотерапии наиболее достоверно: идеальная (*efficacy* – эффективность в условиях клинических испытаний) или реальная (*effectiveness* – эффективность при внедрении в каждодневную практику)?
2. Что влияет на различия в результатах психотерапии: общие или лечебные факторы?
3. Имеет ли место «эффект Додо» или все ли виды психотерапии одинаково эффективны?
4. Являются ли обучение, преподавание и практика психотерапии наукой или искусством?

Очевидно, что спустя десятилетие после статьи Натана эти вопросы остаются в поле острой дискуссии, несмотря на то что сделаны большие успехи в перенесении результатов рандомизированных клинических исследований (РКИ) психотерапии в реальную практику. Показано, что эффективность психотерапии в условиях РКИ незначительно отличается от реальной эффективности лечения обычного контингента (гетерогенного, немотивированного, имеющего коморбидные заболевания, проблемы, не описываемые МКБ или DSM) (Dennis M. [et al.], 2002; Vedel E. [et al.], 2008; Glasner-Edwards S., Rawson R., 2010).

Сложнее обстоит дело с вопросами о действующих «ингредиентах» психотерапии, о том, какие механизмы становятся «лекарственной субстанцией», которая позволяет пациентам изменять дисфункциональные психологические паттерны и качество жизни. Об этих ингредиентах мы подробно расскажем в следующем разделе.

1.2. Общие факторы в психотерапии, или как психотерапия действует

Понятие «общих», или «неспецифических», факторов в психотерапии было введено Солом Розенцвейгом (Rosenzweig S., 1936), который еще до Л. Люборски [и др.] впервые процитировал вердикт птицы Додо. Предполагалось, что все психотерапевтические

модальности обладают примерно одинаковой эффективностью, поскольку существуют факторы, выходящие за пределы отдельных психотерапевтических подходов и действующие внутри любого из них, стирая различия между ними. Эти факторы были названы «неспецифическими» в отличие от специфических факторов, изначально присущих различным психотерапевтическим моделям (Rosenzweig S., 1936; Frank J. D., Frank J. A., 1991; Wampold B., 2012).

Предположения С. Розенцвейга были подтверждены эмпирическими исследованиями Л. Люборски [и др.] (Luborsky L. [et al.], 1975). Эти исследования подтолкнули все психотерапевтическое сообщество США и мира к активному поиску опровержений или подтверждения теории «общих факторов».

На сегодняшний день выделено множество неспецифических факторов психотерапии и предложены разнообразные подходы к их классификации (Frank J. D., Frank J. A., 1991; Grencavage & Norcross, 1990; Wampold B. E., 2001b; Assay T. P., Lambert M. J., 1999).

Л. Гринкавидж и Дж. Норкросс (Grencavage L. M., Norcross J. C., 1990) по результатам анализа 50 опубликованных работ по психотерапии выявили около 90 общих факторов, выделив среди них такие группы, как «характеристики клиента», «качества терапевта», «процессы изменения», «структура лечения» и «компоненты взаимоотношений».

Значимый вклад в теорию общих факторов внес Майкл Ламберт, который выделил в свою очередь 4 группы терапевтических факторов: экстратерапевтические (факторы клиента и внешней среды), общие (факторы отношений и терапевтического альянса), фактор ожиданий или плацебо и специфические техники (Lambert M. J., 1992). Было установлено, что улучшение психического состояния клиента на 40 % зависело от экстратерапевтических факторов, на 30 % — от силы терапевтического альянса, на 15 % — от факторов надежды и ожиданий (плацебо) и на 15 % связано со специфическими факторами используемой психотерапевтической модели и факторами техник (Assay T. P., Lambert M. J., 1999). Метаанализ Брюса Уомполда (Wampold B., 2001b) продемонстрировал, что факторы клиента и экстратерапевтические факторы обуславливают 87 % изменений, происходящих в результате психотерапии. Работа Уомполда высветила важность общих факторов психотерапии и указала на неоправданную фетишизацию технической стороны психотерапии, которая, по подсчетам автора, отвечала лишь за 1–8 % успеха лечения (Wampold B., 2001b; Wampold B., Bhati K. S., 2004).

Таким образом, консервативная медицинская модель психотерапии, согласно которой результат зависит исключительно от специ-

фических составляющих (теории психопатологии, четкой диагностики, соответствующих интервенций и механизмов изменения), считавшихся важнее собственно личности терапевта и отношений с клиентами, была значительно подорвана (Wampold B. [et al.], 2001; Messer S. B., Wampold B., 2002). Она стала терять свои позиции, уступая место «модели убеждения», в основе которой и лежат неспецифические факторы психотерапии (Lundh L. G., 2014).

Один из основоположников «модели убеждения» Джером Франк считал, что психотерапия невозможна без установления хороших терапевтических отношений, с помощью которых клиент вовлекается в определенную терапевтическую процедуру, а терапевт получает возможность создать для клиента *убедительный миф*¹, позволяющий по-новому взглянуть на проблему и придать новый смысл жизни (Frank J. D., Frank J. A., 1991). Эмоциональные отношения между пациентом и терапевтом поддерживают уверенность пациента в компетентности терапевта и его желании помочь. Ожидания позитивного результата у клиента подкрепляются его уверенностью в социальной приемлемости и легитимности психотерапии. Для демонстрации компетентности терапевта и предоставления пациенту «алиби» для изменений психотерапия использует ритуалы — специфические техники как средства достижения «опыта успеха»: при этом психотерапевт должен быть *убедителен*, то есть способен предоставить достаточно хорошее новое объяснение клиенту. Пациент, успешно осваивающий новые опыты в ходе терапии, приобретает ощущение мастерства, которое позволяет ему восстановить свой моральный дух (процедура реморализации) и преодолеть отчуждение от других людей. С теоретической точки зрения эта модель целостна, закончена и красива. Она не умаляет ни роли клиента как активного агента изменений, ни роли терапевта как мудрого партнера, прообраза и соучастника трансформации. Терапевтическое изменение происходит за счет присоединения терапевта к внутренней картине мира клиента, поощрения им «переписывания» внутренней картины мира и овладения новым знанием в компетентном, теплом и доверительном контакте. Тем не менее у модели есть существенный недостаток — ее можно с таким же успехом отнести практически к любым парамедицинским и парапсихологическим практикам, поэтому место психотерапии становится не совсем понятным. Более того, не совсем понятными становятся и принципы обучения психотерапевтов.

¹ Брюс Уомполд (Wampold B., 2012) замечает, что научная база данного объяснения не так важна, как само принятие мифа пациентом и его, мифа, адаптивность.

Эти недостатки позволяет преодолеть вторая модель общих факторов — модель методологических принципов и навыков. Здесь эффективная психотерапия полагается на методологические принципы, которые могут в разной форме проявляться в разных видах психотерапии, а успешные психотерапевты отличаются умением применять эти методологические принципы к широкому диапазону клинических ситуаций (Lundh L.-G., 2014). Методологическая модель берет начало в работе Марвина Голдфрида, который рассматривал общие факторы на трех уровнях абстракции: уровне теоретических моделей; уровне глобальных принципов изменения и уровне конкретных техник (Goldfried M. R., 1980). Он утверждал, что общие факторы (например, выработка нового взгляда на себя и ситуацию, формирование терапевтического альянса и предоставление эмоционального корректирующего опыта) находятся на уровне глобальных принципов изменения. Многие техники, которые представляются уникальными для определенного вида психотерапии, являются разнообразными проявлениями этих базовых принципов изменения или стратегий психотерапевтического вмешательства. В этом смысле Йоргенсен (Jørgensen C. R., 2004) выделяет следующие общие ингредиенты психотерапии: а) эмоциональное отреагирование, или катарсис; б) экспозицию, десенситизацию и преобразование пассивности в активность; в) корректирующий эмоциональный опыт и интернализацию терапевтического взаимодействия; г) развитие способностей к осознанию собственных психических процессов; д) рефлексии, навыки межличностного взаимодействия и развитие способности к саморегуляции (эмоциональной и поведенческой); е) интеграцию личности и новое автобиографическое повествование. Очевидно, что данные элементы в том или ином виде будут встречаться в любом виде психотерапии, будь то КБТ или психоанализ. Методологическая модель более удобна в плане обучения психотерапевтов, поскольку тренинг в этом случае основывается на общих принципах изменения с учетом техник изменения, а также развивает терапевтические навыки использования специфических процедур для помощи клинически определенным группам клиентов (Castonguay L. G., 2000).

С нашей точки зрения, и модель убеждения, и модель методологических принципов убедительно демонстрируют, что, какое бы множество общих факторов и их классификаций ни выделялось, их структурная основа остается неизменной. Психотерапия невозможна без клиента, терапевта, отношений между ними, ожиданий, формирующихся вокруг этих отношений, специфических техник, призванных удовлетворить запрос и ожидания клиента, и общих принципов или феноменов психотерапии: стимулирования катарси-

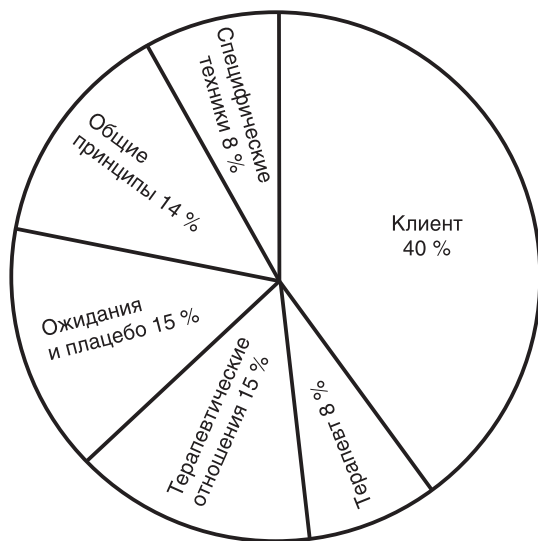


Рис. 1. Соотношение лечебных факторов психотерапии

са и абреакции, внушения, помощи пациенту в осознании собственных психических процессов (ментализации) и др. Вслед за М. Ламбертом и Б. Уомполдом мы полагаем, что распределение этих компонентов в общем лечебном процессе, обуславливающим эффективность психотерапии, могло бы выглядеть следующим образом (рис. 1). Очевидно, что экстратерапевтические факторы или факторы, связанные с клиентом, играют наибольшую роль в процессе излечения. С них мы и начнем.

Факторы клиента

Главный критерий успешности психотерапии — это достижение клиентом желаемого изменения. Это изменение как цель психотерапии будет описываться языком клиента, отражать его понимание проблемы и зависеть от прошлого опыта и текущей жизненной ситуации. Именно клиент принимает решение о необходимости измениться, о выборе психотерапии как способа лечения, о намерении продолжить, а может, и завершить процесс, прервать его досрочно. Неудивительно, что клиентским или экстратерапевтическим¹ факторам отводят такую большую роль во влиянии на успешный исход психотерапии: по разным данным, это влияние оценивается от 30

¹ То есть внешним по отношению к процессу психотерапии.

до 87 % (Assay T. P., Lambert M. J., 1999; Norcross J. C., Lambert M. J., 2011; Wampold B., 2001b). Артур Богарт утверждает, что именно клиентские факторы вызывают к жизни эффект Додо и стирают различия между психотерапевтическими модальностями и видами психотерапевтической самопомощи (Bohart A. C., Greaves Wade A., 2012).

В литературе существует множество описаний экстратерапевтических факторов и переменных клиента (Lambert M. J., 1992; Hubble M. A. [et al.], 1999; Clarkin J. F., Levy K. N., 2003; Sprenkle D. H., Blow A. J., 2004; Bohart A. C., Greaves Wade A., 2012). В целом все они вращаются вокруг трех измерений: диагноза, жизненных обстоятельств и личности клиента.

Диагностические факторы обычно включают различные симптомы (депрессию, расстройства поведения, патологическое влечение), степень тяжести расстройства (согласно психодиагностическим инструментам), уровень функционирования (по осям DSM), наличие сопутствующего заболевания или расстройства личности. Диагностические факторы необходимы в том смысле, что создают структуру для лечения, так как «сцеплены» с определенными лечебными интервенциями, а терапевт выстраивает на их основе лечебный план, оценивая необходимость медикаментозной поддержки. Тем не менее они не учитывают картины мира клиента и скорее находятся в видимости терапевта, а не клиентов, поскольку последние редко описывают свою проблему как «употребление с тяжелыми последствиями» или «маниакально-депрессивный психоз». Приверженность исключительно диагностическим критериям и «ярлыкам» в психотерапии приводит к патологизации клиента и ситуациям, когда лечение назначается исключительно для того, чтобы сделать интервенции, а не удовлетворить запрос клиента, лишая его потенции быть партнером в психотерапевтических отношениях и обсуждать возможности и перспективы (Duncan B. L., 2002).

В этом смысле на первый план в гуманистически-ориентированной психотерапии выходят личностные факторы. С успешным исходом терапии связывают определенные стойкие черты личности, способствующие изменению: силу эго, психологическую осознанность, способность к целеполаганию, перфекционизм и критическое отношение к себе, — а также переменные, связанные с отношениями: способность к близости, качество объектных отношений, стиль привязанности. Пациенты с безопасной привязанностью устанавливают более качественный альянс с терапевтом, что приводит к лучшим результатам терапии (Del Re A. C. [et al.], 2013). Среди динамических свойств личности, как правило, называют стиль совладания, стиль научения, способы выражения эмоций, мотива-

ционные переменные: готовность к изменению, сотрудничество, активное участие, выполнение домашних заданий. Одной из главных переменных, влияющих на результат, является картина мира клиента, в том числе в отношении терапии. Картина мира определяется представлениями клиента о причинах возникновения проблемы и о возможности достижения успешных результатов лечения; его пониманием процесса изменения; восприятием терапевта и процесса терапии; его терапевтическими предпочтениями, ролевыми ожиданиями; предоставлением обратной связи и самоотчетов клиентов о достижениях в психотерапии и полезных процессах. Все эти факторы подчеркивают активную, со-творческую роль пациента в терапии, его роль как *агента изменения*.

На результат психотерапии влияют факторы, связанные с жизненными обстоятельствами. Например, получает ли клиент социальную поддержку (со стороны семьи, друзей, церкви, терапевтического сообщества); какие жизненные обстоятельства сопровождают его (тяжелая болезнь супруга, безработица или, наоборот, успехи детей в школе, карьерный рост); какие случайные или ожидаемые события происходят в его жизни (поездка на море, смерть любимой собаки, авария и т. д.).

Каково же практическое влияние экстратерапевтических переменных? Ввиду огромного количества исследований, демонстрирующих связь личностных, средовых и реляционных факторов клиента с результатами терапии, мы хотели бы ограничиться только работами в области наркологии.

Тяжесть зависимости. В терапевтических сообществах среди успешно завершивших лечение оказывается больше пациентов с аддиктивными заболеваниями высокой степени тяжести (Gholab K. M., Magog-Blatch L. E., 2013), что, возможно, связано с досрочным уходом из терапии «легких» пациентов, которые обнаруживают в себе силы лечиться амбулаторно. Зависимые пациенты с высокой самоэффективностью (верой в собственные способности и силы) обычно прерывают лечение вскоре после начальных этапов первичного консультирования и детоксикации. Пациенты уверены в своей способности справиться с заболеванием самостоятельно (Flora K., Stalikas A., 2013). Похожие данные о тяжести патологии приводятся и в отношении пациентов с историей семейной или физической травмы, которые посещают в целом больше сессий, чем пациенты без такого анамнеза (Easton C. J. [et al.], 2000).

Социодемографические факторы. Сообщают, что женщины и пациенты африканской этнической группы чаще прерывают лечение зависимостей досрочно, чем мужчины и другие этносы (King A. C., Canada S. A., 2004; Soyka M., Schmidt P., 2009), хотя в некоторых

амбулаторных программах женщины остаются дольше (Mitchell-Hampton T. M., 2006).

Клинические факторы. В рамках рандомизированного контролируемого исследования «Проект МАТСН» было установлено, что пациенты с тяжелыми симптомами депрессии, получавшие акцентированно эмоциональную психотерапию, катамнестически чаще имели запойные эпизоды и рецидивы заболевания, чем пациенты с меньшей выраженностью аффективных симптомов (Karno M. P., Longabaugh R., 2003). Пациенты со склонностью к сопротивлению и высоким уровнем гнева демонстрировали меньшее количество дней воздержания от приема алкоголя и большее количество запоев в течение года после исследования, если терапевт использовал директивный стиль (Karno M. P., Longabaugh R., 2005). Перемена терапевтического стиля не улучшила результаты терапии у гневных и «реактивных» пациентов (Karno M. P., Longabaugh R. 2007). По данным метаанализа Ларри Бойтлера и соавторов (Beutler L. E. [et al.], 2011), пациенты, более подверженные внешнему влиянию и демонстрирующие низкое сопротивление и отсутствие борьбы за сохранение контроля, лучше реагировали на директивные методы терапии, в отличие от «сопротивляющихся» пациентов, которым требовалось менее структурированное и патерналистское лечение. Вероятно, «реактивные» пациенты нуждаются в мягкой, поддерживающей, недирективной и неструктурированной психотерапии, максимально вовлекающей собственные силы клиента, подкрепляющей навыки самоконтроля и саморегуляции с минимальным влиянием терапевта.

Мотивационные переменные (высокая мотивация и готовность к изменению) способствуют удержанию в терапии и завершению лечения с полным отказом от употребления психически активных веществ (De Leon G. [et al.], 2000; Simpson D. D., Joe G. W., 2004; Flora K., Stalikas A., 2013). Более высокие показатели личной вовлеченности пациента в лечение (ожидания позитивного результата, позитивная оценка терапевтического альянса и регулярное посещение сессий) связаны с высокой удовлетворенностью лечением и снижением алкогольных проблем после его окончания (Dearing R. L. [et al.], 2005).

Факторы терапевта. Эмпатия

В литературе масштаб влияния терапевта на результаты лечения клиента оценивается, по разным данным, от 4 до 8 % (Okiishi J. [et al.], 2003; Kim D.-M. [et al.], 2006; Baldwin S. A., Imel Z. E., 2013), достигая 17 % (Lutz W. [et al.], 2007). У наиболее эффективных терапевтов пациенты выздоравливают в три раза чаще, чем у менее

эффективных (Brown G. S. [et al.], 2005). В крупном исследовании результатов терапии 6960 пациентов с различными заболеваниями, пролеченных 696 психотерапевтами, количество неэффективных и «вредных» терапевтов варьировало от 33 до 65 %, а эффективных — от 29 до 67 % в зависимости от лечебного направления (Kraus D. R. [et al.], 2011). В наркологии каждый второй (!) психотерапевт был неэффективен. При этом одним из наиболее частых ухудшений у пациентов в результате лечения «вредными» терапевтами были рецидивы злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ). Процент «вредных» или как минимум неэффективных терапевтов (т. е. терапевтов, клиенты которых не демонстрируют улучшения или, наоборот, ухудшают свое состояние) очень высок. Чем же обусловлена столь печальная картина — низким уровнем образования, подготовки и мониторинга психотерапевтов? А может, исключительно «трудными» или «неправильными» клиентами? Интересно, что в проекте MATCH результаты улучшались после удаления из исследования «аутсайдеров» — наименее эффективных терапевтов, пациенты которых не демонстрировали прогресса в лечении алкогольной зависимости (Project MATCH Research Group, 1998).

Психоаналитическое правило нейтральности психотерапевта и его роль отражающего экрана или беспристрастного партнера в решении терапевтической задачи (Гринсон Р. Р., 2003) привело к тому, что исторически возможность терапевта влиять на клиента чем-то еще, помимо специфического лечебного инструмента, представлялась «удивительной» (Najavits L. [et al.], 2000). Однако некоторые черты (возраст, пол, этническая принадлежность) и состояния терапевта (образование, опыт, статус выздоровления в случае терапевта — анонимного алкоголика) клиент может непосредственно наблюдать уже при первой встрече с ним — это так называемые наблюдаемые черты и состояния. Некоторые особенности терапевта станут понятны уже в ходе контакта и психотерапии, например, «выводимые» (*inferred*) черты (ценности, установки, личностный стиль, благополучие) и состояния (следование психотерапевтической модели и/или руководству, компетентное применение специфических техник, межличностное функционирование, эмпатия, контрперенос) (Beutler L. E. [et al.], 2004). Если первые три категории факторов важны при выборе терапевта, то «выводимые» состояния оказывают непосредственное влияние на результаты психотерапии (Baldwin S. A., Imel Z. E., 2013).

Межличностное функционирование терапевта часто описывается в рамках концепции терапевтического альянса (способности терапевта создавать и поддерживать терапевтическую связь и договариваться о целях и задачах лечения с пациентом) либо триады

Роджерса (Роджерс К., 2002) — эмпатии, конгруэнтности и безусловного принятия. Различия между терапевтами в их способности устанавливать альянс и использовать эмпатию оказываются определяющими для удержания пациентов в лечении и для улучшения их состояния в широкой практике (Baldwin S. A. [et al.], 2007; Del Re A. C. [et al.], 2012; Elliot R. [et al.], 2011) и в наркологии в частности (Meier P. S. [et al.], 2005; Moyers T. B., Miller W. R., 2013). Величина влияния терапевта на становление рабочего альянса достигает 33 % (Dinger U. [et al.], 2008). Это влияние складывается из разных факторов. Стэнли Стронг (Strong S. R., 1968) предположил, что сила воздействия на клиента в психотерапии зависит от воспринимаемой надежности (компетентности, опытности) терапевта, его привлекательности (степени совпадения взглядов, мнений, ценностей терапевта и клиента, а также симпатии терапевта к клиенту) и ожиданий облегчения после контакта с врачом. Таким образом, во главу угла в терапевтических отношениях ставится авторитет врача, который и обусловливает патерналистский стиль отношений в терапевтическом контакте. Тем не менее отношения в терапевтической диаде не ограничиваются лишь психосоциальным влиянием терапевта на клиента за счет суггестивных установок, внешней привлекательности и ожидания облегчения. Авторитет важен на первом этапе контакта для формирования первичной эмоциональной связи между врачом и пациентом, но по мере развертывания терапевтических отношений на первый план выходят другие факторы, которые будут поддерживать первичную связь и придавать ей совершенно новые качества. Главным из этих факторов является эмпатия, или интимное понимание эмоциональных и когнитивных состояний одного человека другим (Роджерс К., 2002). Эмпатия — это универсальное свойство человека, лежащее в основе таких качеств и процессов, как сопереживание, сочувствие, эмоциональное присоединение. Психотерапевт использует эмпатию профессионально — как особый терапевтический навык (Moyers T. B., Miller W. R., 2013), тем более что у пациентов, страдающих алкогольной зависимостью, отмечается нарушение эмпатической функции, выражающееся в неспособности точно интерпретировать эмоциональное состояние собеседника по выражению лица, понимать точку зрения, ценности и убеждения другого человека (Thoma P. [et al.], 2013). Любопытно, что на способность к эмпатии у терапевтов влияет такая черта, как женственность (Artkoski T., Saarnio P., 2013). Это означает, что терапевты (и мужчины и женщины) с чертами женственности выбирают менее директивные виды психотерапии — мотивационную и клиент-центрированную. Результаты психотерапии в широкой перспективе не зависят от пола терапевта (Najavits L. [et al.], 2000), но

терапевты-женщины значительно позитивнее настроены по отношению к пациенту и более эмпатичны. Терапевты-женщины формируют более сильный терапевтический альянс и скорее, чем мужчины, способствуют быстрому устранению его «разрывов» вследствие разочарования пациентов в терапевте и терапии, негативного переноса и/или ошибок терапевта, усиления сопротивления (Artkoski T., Saarnio P., 2013; Wintersteen M. B. [et al.], 2005). В одном из исследований когнитивно-бихевиоральных подходов к психотерапии алкогольной зависимости вклад эмпатии в хороший результат лечения был оценен в 67 % (Miller W. R. [et al.], 1980). Зависимые от алкоголя пациенты эмпатичных и конгруэнтных терапевтов демонстрируют больший рост самооффективности и успешное формирование навыков совладания со стрессовыми ситуациями, значимыми в профилактике рецидива (Ritter A. [et al.], 2002). Владение терапевтом эмпатическим стилем межличностного взаимодействия при лечении алкогольной зависимости последовательно связывают с увеличением продолжительности ремиссий и снижением «отсева» пациентов из терапевтических программ (Valle S., 1981; Bien T. H. [et al.], 1993; Saarnio P., 2002). Рост уровня конфронтации (которая, казалось бы, должна «оспаривать» отрицание пациента и помогать преодолевать «анозогнозию») приводит к противоположным результатам: чем сильнее пациентов конфронтируют, тем больше они пьют (Miller W. R. [et al.], 1993; Karno M. P., Longabaugh R., 2005), хуже удерживаются в лечебных программах, демонстрируя высокий уровень рецидивов и повторной госпитализации (White W., Miller W. R., 2007). Более того, директивный и конфронтационный стиль в отличие от эмпатического приводит к росту сопротивления пациентов и снижению приверженности лечению (Patterson G. R., Forgatch M. S., 1985). Высокий уровень конфронтации приводит к отказу пациентов от лечения вследствие «разрывов» альянса, когда нарушается эмпатическая связь между врачом и клиентом и растет сопротивление лечению (Coutinho J. [et al.], 2014). Все клиенты склонны в большей или меньшей мере сопротивляться психотерапии как внешнему влиянию. Сопротивление существует не только как черта личности, но и как реакция на потенциальное соприкосновение с болезненным, травматичным материалом либо как ответ на требование совершить изменение, к которому пациент не готов. В этом смысле неконфронтационный стиль представляется более безопасным для всех категорий клиентов.

Установки терапевтов по отношению к клиентам также влияют на процесс лечения. Например, проекции, связанные с полоролевыми стереотипами («Мужчины агрессивны и опасны; женщинами легче управлять»), приводят к тому, что терапевты используют

больше конфронтаций и критики по отношению к клиентам-мужчинам, а клиентки получают больше поддержки и эмпатического понимания (DeJong C. A. J. [et al.], 1993). Поскольку клиенты с зависимостями воспринимаются как «тяжелые», низкомотивированные и склонные к саботажу терапии и частым рецидивам заболевания, они запускают более сильные негативные эмоциональные реакции (контрперенос) у терапевтов, причем это может происходить, даже если изначально терапевт был оптимистично настроен по отношению к пациенту (Najavits L. [et al.], 1995). Хотя контрперенос можно использовать в терапии для разных целей (сугубо диагностических¹ либо как ключ к истории пациента, его сценарию), незамеченные и неисследованные терапевтом реакции контрпереноса приводят к различным трудностям в терапии, включая нарушение рабочего альянса и снижение уровня эмпатии. Зависимые пациенты очень чувствительны к такого рода негативным феноменам и воспринимают их как снижение эффективности терапевта, а значит, и его способности помочь (Wolff M. C., 2006).

Фактор отношений

Отношения между пациентом и терапевтом — особое межличностное поле взаимодействия, в котором совершаются основные достижения психотерапии.

Величина влияния качества межличностных отношений, выраженная в оценках терапевтического альянса, на результаты психотерапии составляет от 4 до 15 % (Assay T. P., Lambert M. J., 1999; Crits-Cristoph P. [et al.], 2011). Терапевтический альянс определяется как качество партнерства и взаимного сотрудничества терапевта и клиента (Horvath A. O. [et al.], 2011). Согласно классическому определению Эдварда Бордина (Bordin E., 1979)², альянс представляет собой сотрудническую и эмоциональную связь между терапевтом, которая строится из трех элементов: 1) достижения *консенсуса о целях* лечения; 2) договоренности о *задачах* терапии (которым

¹ Например, в исследовании пациентов с наркоманиями терапевты испытывали потребность дистанцироваться от пациентов с чертами расстройств кластера В (антисоциальные, истерические, пограничные, нарциссические) и желание помочь пациентам с чертами расстройств кластера С (избегающие, зависимые, обсессивно-компульсивные) (Thylstrup B., Hesse M., 2008).

² Эдвард Бордин осмыслил понятие терапевтических отношений в терминах терапевтического альянса, представив его как измеримый психотерапевтический навык. На основе работ З. Фрейда, Р. Гринсона, К. Роджерса, О. Ранка и А. Бека он смог создать метатеоретическую модель альянса, которая легла в основу психодиагностических инструментов, позволяющих оценить качество терапевтических отношений.

терапевт и клиент обязуются следовать в терапевтических отношениях) и 3) эмоциональной (эмпатической) связи.

Альянс начинает формироваться с момента первого контакта пациента с врачом. Более того, в работе с наркологическими пациентами высокий уровень терапевтического альянса на первой — третьей сессии зачастую оказывается определяющим для результатов психотерапии (Meier P. S. [et al.], 2005; 2006). Начальный альянс больше основан на вере пациента и его ожиданиях, что «этот-то врач» (такой оптимистичный, уверенный, компетентный, сопереживающий) ему действительно поможет, чем на устойчивой эмпатической связи. Вероятно, именно начальный альянс играет большую роль и в успешности краткосрочных мотивационных интервенций (мотивационных интервью). Здесь он работает как бы «на контрасте»: пациент, впервые сталкивающийся с эмпатическим пониманием и отражением терапевта, настолько «впечатляется» им («душа-человек»), что становится готовым переосмыслить свое заболевание¹. С другой стороны, альянсу между пациентом и врачом свойственно динамическое изменение во времени. Именно поэтому начальный уровень альянса в долгосрочной терапии не влияет на результаты лечения. Например, у пациентов с алкоголизмом, не меньше года получавших групповую мультимодальную поведенческую психотерапию, качество раннего альянса влияло только на настроение, но не на злоупотребление алкоголем на протяжении всего срока психотерапии и через три года после начала лечения (Ojehagen A. [et al.], 1997). В другом исследовании ранний альянс также не был связан с результатами антиалкогольной терапии, в отличие от качества альянса после шестой индивидуальной сессии, когда у пациентов не только уменьшалось количество алкогольных проблем, но и снижалась тяжесть психиатрических состояний (Darchuk A., 2007). То есть качественный ранний альянс может быть фактором успешного начала, но не окончания лечения, поскольку альянс не является постоянной величиной и склонен усиливаться к моменту успешного завершения терапии (Тучин П. В., 2014; Агибалова Т. В. [и др.], 2013; Coutinho J. [et al.], 2014). Линейный рост альянса возможен, если врач и пациент постоянно поддерживают эмпатическую связь и прорабатывают негативные трансферентные — контртрансферентные явления, неизбежно возникающие в ходе терапии. Здесь хотелось бы коснуться проблемы разрыва

¹ По данным Хенни Вестра и соавторов (Westra H. A. [et al.], 2010), клиенты, получавшие КБТ и добившиеся положительных результатов, часто сообщали, что сделали это *вопреки* своим ожиданиям от терапии (см. раздел «Фактор ожиданий и плацебо»).

альянса в терапии. Под разрывом терапевтического альянса подразумевается напряжение или нарушение в сотруднических отношениях между пациентом и терапевтом (Safran J. D., Muran J. C., 2006). Терапевты часто называют такие моменты терминами «терапевтическая ошибка», «тупик», «непонимание», «разрыв эмпатии». Авторы концепции разрывов альянса выделяют три типа структурных разрывов (Safran J. D. [et al.], 2011): 1) отсутствие согласия в отношении терапевтических целей, 2) отсутствие согласия в отношении задач терапии или 3) напряжение в отношениях между терапевтом и пациентом, а также два вида клинически наблюдаемых разрыва: конфронтационные разрывы и разрывы ухода (*withdrawal* – уход, дистанцирование) (Eubanks-Carter C. [et al.], 2009. Цит. по: Coutinho J. [et al.], 2014). Под конфронтационным разрывом подразумеваются ситуации, когда пациент «наступает» на терапевта, выражая гнев или неудовлетворенность, а при разрывах ухода пациент движется либо в направлении от терапевта, либо по направлению к нему, но одновременно отрицает какие-либо аспекты собственного опыта. То есть пациенты, столкнувшись с трудностями¹, вместо поддержания связи и отношений с терапевтом предпочитают выражение сильных негативных чувств, которые воспринимаются терапевтом как нападение, либо используют стратегию избегания.

При возникновении разрывов терапевт может использовать следующие техники для восстановления связи и альянса (Safran J. D. [et al.], 2011).

1. Повторение цели лечения. Постановка цели в начале лечения – элемент построения альянса. Впоследствии периодическое напоминание о цели лечения позволяет восстанавливать альянс, находящийся под угрозой распада. Например, при разрыве, вызванном попыткой терапевта интерпретировать перенос, терапевт может подчеркнуть, что исследование параллелей между терапевтическими и иными отношениями позволит пациенту осознать вредные паттерны.

2. Изменение задач или целей. Терапевт реагирует на структурные разрывы первого и второго типов, изменяя свое поведение в соответствии с точкой зрения пациента. Это похоже на контрактный метод в транзакционном анализе, в котором главенствующим признается контрактный запрос пациента, а не видение терапевта. Однако контракт может неоднократно пересматриваться в ходе терапии, и сессия может быть целиком посвящена поиску

¹ Например, терапевт не принимает запрос пациента; касается болезненного материала, к исследованию которого пациент не готов; выражает контр-трансферентное разочарование продвижением пациента и т. д.

контрактного запроса, наилучшим образом удовлетворяющего потребности пациента.

3. Прояснение непонимания на поверхностном уровне. Терапевт реагирует на невербальные знаки пациента (отстраненность, разгневанность) и исследует, что происходит с пациентом здесь и сейчас. При прояснении чувств пациента терапевт эмпатически отражает и подтверждает их.

4. Исследование тем, связанных с отношениями, которые могут приводить к разрывам. Прояснение непонимания или тупика может привести к исследованию глубинных моделей отношений — явлений переноса. Пациент может чувствовать, что терапевт излишне критичен или нарушает его границы, однако исследование этого опыта открывает, что пациент ощущал или ощущает то же самое и в других, внутерапевтических отношениях, что и становится основным фокусом лечения.

5. Установление связи между разрывами альянса и типичными жизненными моделями пациента. Данная техника подразумевает исследование паттернов пациента, демонстрируемых им на сессиях, и паттернов его обычной жизни. Здесь можно наблюдать и исследовать типичные психологические игры пациента, его стратегии совладания и типичные психологические защиты.

6. Новый опыт отношений. Терапевт ведет себя в соответствии со своей гипотезой о необходимом для пациента новом опыте отношений, не исследуя при этом глубинного смысла данного взаимодействия. Например, предполагая, что мать пациента часто демонстрировала избегание в отношениях с ним, терапевт может давать прямые советы пациенту в ответ на его просьбы об этом без анализа связи этого процесса с прошлым клиента. Таким образом, терапевт предоставляет клиенту новый корректирующий опыт отношений, отдельный от психоаналитического исследования переноса.

Восстановление альянса требует особой чувствительности от терапевта, восприимчивости к моментам непонимания или «пробуксовки». Незамедлительное отражение и проработка таких моментов сами по себе являются новым корректирующим опытом для пациентов, чьи потребности не были распознаны и отражены в детстве. Разрывы альянса во многом характеризуют качество отношений пациента с другими людьми. Они способны многое рассказать о силовых играх, которые использует пациент, о его истории, сценарных исходах. Устранение разрывов позволяет пациенту в какой-то мере изменить свой сценарий, чтобы остаться в терапии, несмотря на болезненные чувства, которые он испытывает, и опробовать новое качество отношений, в которых безопасно, надежно, спокойно и тепло.

Это новое качество отношений в лечении алкогольной зависимости имеет «высокую питательную ценность», поскольку позволяет пациентам удерживаться в лечении и влияет на модели алкогольного поведения в ходе и после лечения (Connors G. J. [et al.], 1997).

В проекте МАТСН было показано, что лучшее качество альянса, измеренное соответствующими психодиагностическими инструментами (Helping Alliance Questionnaire-II и California Psychotherapy Alliance Scale), приводило к более длительному участию в программе, росту числа трезвых дней и уменьшению объема потребляемого алкоголя (Woody G. E. [et al.], 1999; Ilgen M. A. [et al.], 2006b). Хороший терапевтический альянс с врачом позволял пациентам с низкой самооэффективностью добиваться сравнимых результатов в лечении с высокоэффективными пациентами и лучших результатов, чем у низкоэффективных пациентов с низким альянсом (Ilgen M. A. [et al.], 2006a).

Фактор ожиданий и плацебо

Плацебо¹ представляет собой инертную субстанцию или процедуру, которая «не обладает внутренними свойствами для реализации требуемого или ожидаемого результата» (Stewart-Williams S.,

¹ Слово «плацебо» как самостоятельная единица языка появилось в XIV в. н. э. и обозначало нечестных либо профессиональных плакальщиков на похоронах, которые приходили проводить усопшего в последний путь и покушать на поминках (а то и получить денежку), сказываясь знакомыми покойника. Плакальщики часто начинали ритуальные песнопения с ветхозаветного псалма «Placebo Domino in regione vivorum», что переводится с латыни «Буду угождать Господу на земле живых», первое слово которого и «приклеилось» к ним впоследствии. Позднее Джеффри Чосер в «Кентерберийских рассказах» подарил имя Плацебо одному из героев — слуге-доносчику (сикофанту) (de Craen A. J. M., 1999). В медицинском контексте термин «плацебо» впервые появляется в XVIII в., когда знаменитый шотландский врач Уильям Каллен описал его как средство, с помощью которого можно лечить и одновременно угождать пациентам, которым не помогало лучше на тот момент активное лечение (Czerniak E., Davidson M., 2012). В XVIII в. комиссией Парижской королевской медицинской академии было проведено первое контролируемое испытание, призванное развеять терапевтический эффект животного магнетизма Антона Месмера, в ходе которого было установлено, что весь эффект «зиждился» исключительно на воображении пациентов, а воображение прекрасно может существовать и без «месмеризма». Отдельные «плацебоконтролируемые» исследования проводились вплоть до 30-х гг. XXI в., когда начинает формироваться культура клинических испытаний эффективности лекарственных средств (антибиотиков и вакцин) и появляется термин «группа плацебо» для обозначения контрольной группы, получающей инертное воздействие вместо специфического (De Craen A. J. M., 1999).

Podd J., 2004. P. 326). Эффект плацебо, в свою очередь, это психофизиологический феномен, возникающий в головном мозге человека после приема инертной субстанции или проведения фиктивного физического лечения (например, фиктивной операции), которые сопровождаются вербальными утверждениями (или иными послышаниями) об их клинической пользе (Price P. [et al.], 2008). Цель введения понятия «плацебо» в науку – отграничение реально действующих химических препаратов, приборов (тракторы Перкинса (Miller W. S., 1935)) или процедур (например, экзорцизм или месмеризм) от действующих за счет эмоциональных факторов, ассоциированных с физическими свойствами указанных лекарственных средств (цвета, запаха, блеска, жужжания, ощущения боли и т. д.).

В 1950-х гг. в знаменитой статье “Powerful Placebo” («Могущественное плацебо») Бичер (Beecher H. K., 1955) утверждал, что 32,5 % терапевтического эффекта при любом способе лечения зависит исключительно от эффекта плацебо. Позднее данные статьи были переосмыслены с учетом того, что выздоровление и улучшение, связанное с лечением плацебо, необходимо все же отличать от других эффектов: спонтанной ремиссии, изменения течения заболевания, эффектов терапевта и пациента, эффектов дополнительных вмешательств и т. д. (Kienle G. S., Kiene H., 1997).

Изучение «чистых» эффектов плацебо дает противоречивые результаты. Например, Кокрановский обзор исследований с тремя звеньями (активное лечение, отсутствие лечения и плацебо), сравнивающий лечение плацебо и отсутствие терапии при 60 заболеваниях, не обнаружил значимого терапевтического действия плацебо при указанных состояниях, за исключением боли и тошноты, хотя и здесь авторы не смогли достоверно отделить эффект плацебо от влияния систематической ошибки (Hrobjartsson A., Gotzsche P. C., 2010). С другой стороны, повторный анализ исследований из Кокрановского обзора показал, что лечение плацебо и активная терапия имеют сравнимые размеры эффектов, а плацебо с относительно сильным действием может оказывать действие и само по себе, и будучи частью терапевтического режима (Howick J. [et al.], 2013).

В психотерапии эффект плацебо рассматривается в качестве общего или неспецифического фактора лечения. По разным данным, влияние плацебо на результат психотерапии составляет не менее 15 % (Hubble M. A. [et al.], 1999; Assay T. P., Lambert M. J., 1999). Более того, действенность психотерапии зачастую приравнивается к действенности эффекта плацебо, поскольку хорошо организованные плацебо-психотерапии в двойных слепых исследованиях эффективности психотерапевтических методов оказываются сравнимы с результатами активной психотерапии (Baskin T. W.

[et al.], 2003). То есть психотерапевты могут формировать *ожидания*, что процедура будет эффективной, стимулируя таким образом эффект плацебо (Kirsch I., 2005). Создание позитивных ожиданий и восстановление морального духа часто отчаявшихся клиентов представляется тем более важными, что тревога пациента способна запускать нейробиологические механизмы, которые обуславливают формирование «ноцебо»-эффекта — отрицательной, субъективно неприятной реакции, не зависящей от структуры воздействия (вещества) (Benedetti F. [et al.], 2011).

Ожидания — главный психологический механизм эффектов плацебо: эффект плацебо имеет место, поскольку человек ожидает, что он произойдет (Kirsch I., 2005; Rutherford B. R. [et al.], 2010; Benedetti F. [et al.], 2011).

Пациенты приходят к психотерапевту с уже готовыми ожиданиями (осознаваемыми или нет) о том, как будет проводиться терапия и что они получают в результате. Чем выше ожидания, тем больше пациент вовлечен в лечение, тем больше улучшений происходит в ходе терапии и сильнее эффект «реморализации» (Constantino M. J. [et al.], 2011; 2012; DeFife J. A., Hilsenroth M. J., 2011). Эффект ожиданий в значительной мере влияет на удержание пациента в психотерапии, а также на конкретные терапевтические результаты (Greenberg R. P. [et al.], 2006). Позитивные ожидания от психотерапии приводят к снижению стресса в начале терапии, способствуют большей осознанности психологических процессов, появлению улучшений еще до начала лечения (при записи на прием к психотерапевту), а негативные или низкие ожидания способствуют оттоку потенциальных и реальных клиентов из психотерапевтической практики и общему снижению эффективности психотерапии (DeFife J. A., Hilsenroth M. J., 2011).

Роль ожиданий пациентов в возникновении эффектов плацебо подтверждается и нейробиологическими исследованиями, хотя сами механизмы эффектов могут быть очень специфичными, варьируя от высвобождения эндогенного дофамина в стриатуме при болезни Паркинсона до метаболических изменений в кортикальных и паралимбических зонах мозга при маниакально-депрессивном расстройстве (Beaugregard M., 2007). Будущее событие может влиять на различные физиологические функции за счет повышения или понижения тревоги, либо за счет активизации нейронных сетей системы вознаграждения (Benedetti F. [et al.], 2011). Ожидание негативного результата позволяет спрогнозировать возможную угрозу, повышая уровень тревоги за счет антагонистического действия холицистокининергической системы на опиоидергическую на разных уровнях и дезактивации *m*-опиоидов и D2—D3 дофаминовых рецеп-

торов в прилежащем ядре головного мозга. Ожидание позитивного результата снижает тревогу и/или активизирует нейронные сети системы вознаграждения за счет нисходящей активизации опиоидергической и дофаминергической систем. Показано, что активация этих систем связана с волевой регуляцией аффективных реакций. Так, плацебоиндуцированное обезболивание и эмоциональная регуляция связаны с повышенной активацией в вентролатеральной префронтальной коре и ростральной зоне передней поясной коры, что говорит о наличии функционально-анатомической связи между ними (Benedetti F., Amanzio M., 2011). В свете описанных данных нейробиологический механизм плацебо условно называют «нейробиологией ожидания» (Benedetti F., 2012. P. 70). С нейроморфологической точки зрения эффект плацебо и эффект психотерапии имеют сходную основу и возможны при отсутствии грубых нарушений в деятельности префронтальной коры головного мозга, отвечающей за сложные и исполнительные когнитивные функции (планирование, прогнозирование результата, целеполагание, принятие решений, абстрактное мышление, контроль торможения и т. д.) (Benedetti F. [et al.], 2011). При болезни Альцгеймера разрыв функциональных связей между префронтальными зонами и остальными участками мозга (в результате их дегенерации) приводит к утрате эффекта плацебо, так же как и при введении налоксона за счет блокады нейрональной передачи в префронтальной опиоидергической системе (Eirperrt F. [et al.], 2009).

До 56 % интернистов в США когда-нибудь выписывали плацебо: неспецифическое средство (11 %) либо «активное» плацебо, например антибиотики (40 %) (Kermen R. [et al.], 2010). 96 % врачей уверены, что плацебо имеет терапевтические эффекты, а 40 % — что при некоторых заболеваниях плацебо оказывает благоприятное действие на физиологические процессы (Sherman R., Hickner J., 2007). Основной причиной назначения плацебо интернистами называлось «неоправданное требование медикаментозного лечения со стороны пациента», при этом большинство врачей имело установку, что лучше назначить плацебо, чем ничего.

В сфере исследований психического здоровья наиболее драматичным оказалось весьма ограниченное (статистически значимое, но незначимое клинически) преимущество антидепрессантов над плацебо-терапией большого депрессивного расстройства (Kirsch I. [et al.], 2008; Khan A. [et al.], 2002; Piggott E. H. [et al.], 2010). Чувствительность к плацебо и лекарственному лечению зависела от первоначальной тяжести симптомов: эффективность лекарственного лечения положительно коррелировала с тяжестью депрессии по шкале Гамильтона, а эффекту плацебо соответствовало 80 % всех улуч-

шений в лекарственной группе¹ (Kirsch I. [et al.], 2008). Авторы исследования считают, что зависимость эффективности антидепрессантов от тяжести симптомов связана со снижением чувствительности самых депрессивных пациентов к плацебо, а не с действием препаратов. Интересно, что разница в эффективности лекарственного лечения антидепрессантами и плацебо практически минимальна или отсутствует и у пациентов с легким или умеренным уровнем симптомов (Fournier J. C. [et al.], 2010)². То есть и плацебо-терапия, и терапия антидепрессантами дают похожие результаты. Можно предположить, что в клиническом плане все эти многочисленные данные означают, что действие лекарства подкрепляется эффектом ожидания положительных результатов и способствует лучшему устранению симптомов.

Эффект «токсического плацебо» широко используют при лечении алкогольной зависимости, когда у пациентов формируют ожидания токсической реакции в ответ на употребление алкоголя. Как правило, пациенту имплантируют или вводят препарат дисульфирама, а затем дают небольшую дозу алкоголя, которая вызывает сильную токсическую реакцию. В некоторых случаях вместо дисульфирама применяются инертные вещества, и тогда «проба» осуществляется до имплантации с пероральным приемом дисульфирама для демонстрации силы лекарства. В случае имплантации уместнее говорить даже не о плацебо, а о «ноцебо»-терапии, поскольку токсическая реакция на фоне препарата за счет условного научения формирует у пациента негативные ожидания, порождающие тревогу и все соответствующие нейробиологические процессы (Benedetti F., 2013).

В крупном многоцентровом исследовании COMBINE в США исследовались сочетания когнитивно-бихевиоральной терапии (КБТ) с фармакотерапией для лечения алкогольной зависимости. Было установлено, что пациенты, проходившие комплексную терапию (КБТ, лекарственное плацебо и регулярный осмотр врача-нарколога), дольше сохраняли трезвость, чем участники, проходившие только монопсихотерапию в форме КБТ (Weiss R. [et al.], 2008). Более того, по показателю ремиссии КБТ значительно уступала комбинации приема плацебо и визитов к врачу. Авторы исследования приходят к выводу, что более низкая эффективность КБТ

¹ По другим данным, эффект плацебо отвечает за 68 % эффекта антидепрессантов (Rief W. [et al.], 2009).

² Конечно, все эти данные выглядят весьма спорно, и ряд авторов утверждает, что неоправданно лишать пациентов с депрессией средней тяжести возможности принимать антидепрессанты (Fountoulakis K. N. [et al.], 2013), объясняя результаты Кирша и соавторов методологическими ошибками.

в этом случае может быть связана с эффектом «ноцебо»: поскольку восемь из девяти пациентов рандомизированно направлялись на прием лекарств (две третьих получали активное лечение), большинство были позитивно настроены на прием таблеток. Пациенты, получившие направление только на КБТ и оставшиеся без лекарств и дополнительного внимания нарколога, были разочарованы. Таким образом, можно предположить, что позитивные ожидания от приема лекарств обладают противорецидивным эффектом даже в отсутствие собственно поведенческих противорецидивных воздействий. Например, сравнение ряда психосоциальных воздействий¹ в лечении злоупотребления алкоголем у потребителей нелегальных наркотиков не выявило их преимущества над контрольными воздействиями (Klimas J. [et al.], 2013). Исключение составила лишь краткосрочная мотивационная интервенция (не более одной сессии), при которой пациенты сокращали употребление алкоголя по данным катамнестического исследования. Она оказалась эффективнее структурированных и интенсивных когнитивно-поведенческих психотерапевтических воздействий, видимо, именно в силу большего эффекта ожиданий, формируемого в ходе единственного сеанса.

Совпадение ожиданий пациента с объяснением будущего психотерапевтического процесса, которое дает терапевт при первом контакте, в значительной мере влияет на дальнейшее посещение пациентом терапии (Ekberg S. [et al.], 2014). С другой стороны, это объяснение и контакт с терапевтом способны изменять ожидания пациента. Например, клиенты, получавшие КБТ и добившиеся положительных результатов, часто сообщали о том, что *вопреки* своим ожиданиям от терапии они смогли ощутить сотрудничество с терапевтом, свободу в выборе направления работы, чувствовать себя комфортно и доверять процессу; пациенты же с негативным исходом лечения подобного в терапии не испытывали (Westra H. A. [et al.], 2010). То есть эффект ожиданий оказывается действенным психотерапевтическим фактором.

Катарсис и эмоциональное отреагирование

Психоанализ и психодинамическая психотерапия выросли из катарсического метода Йозефа Брейера и практики Зигмунда Фрейда, согласно которым истерический симптом мог быть излечен

¹ 1) Когнитивно-поведенческий тренинг навыков и психотерапия, стимулирующая участие в двенадцатишаговой программе; 2) краткосрочная интервенция и обычное лечение; 3) интервенции по профилактике гепатита и мотивационного интервью; 4) краткосрочная мотивационная интервенция и группа диагностики.

в случае, если пациент получит доступ к вытесненному воспоминанию о событии или травме, которое стало его причиной (Freud S., Breuer J., 1955). При актуализации воспоминаний о травме достигается *катарсис* (очищение) — состояние высвобождения подавленных эмоций или импульсов и освобождения от них. Термин «катарсис» был заимствован из античной философии, которая описывала исцеляющее, очищающее влияние трагедии на душу человека. Терапевтическая ценность катарсиса заключается в обретении доступа к содержанию бессознательного и разрядке патологического напряжения (аффекта или импульса), возникающего из-за сдерживания вытесненных болезненных переживаний. Разрядку эмоции, связанной с вытесненным ранее переживанием, называют отреагированием (абреакцией) (Райкрофт Ч., 1995). Фактически это и результат, и процессуальная составляющая катарсиса.

Хотя в современных теориях психотерапии признается, что заблокированные, невыраженные и неосознаваемые эмоциональные состояния вносят существенный вклад в формирование психопатологии, абреакция и достижение катарсиса перестали быть самоцелью психотерапии (Jørgensen C. R., 2004). Это связано с признанием невозможности достижения длительных изменений с помощью простого отреагирования эмоций. Облегчение, достигаемое с помощью катарсиса, сравнивают с облегчением, которое человек испытывает, перестав биться головой о стену: вроде и легче, а реальная проблема остается нерешенной (Boriskin J. A., 2004). Вскрытый эмоциональный нарыв может долго «кровоточить» и привести к трагической развязке, если не будет вовремя залечен терапевтом. В этом смысле катарсис — двусторонний, межличностный процесс. Разрядка чувств приобретает терапевтический эффект, когда последние не просто обретают выражение в крике, слезах, боли, но отражаются, подтверждаются и нормализуются терапевтом.

В сфере лечения аддиктивных расстройств катарсическое облегчение может достигаться пациентом, например, во время работы в рамках двенадцатишаговой программы Анонимных Алкоголиков (АА). Так, шаги 4-й («Мы глубоко и бесстрашно исследовали себя с нравственной точки зрения») и 10-й («Мы продолжали самоанализ и, когда допускали ошибки, сразу признавали это») подразумевают самоанализ пациента. Когда больной алкогольной зависимостью (АЗ) начинает исследовать себя, свои отношения с близкими, вред, причиненный себе и другим, свои ошибки, обязательно излагая их на бумаге либо позже делаясь опытом с участниками группы, он неизбежно испытывает сильные эмоции, которые в соответствии с «шагом» будут отреагированы вовне. Шаг 4-й требует исследования в таких областях, как чувства гнева, стыда и

вины, страхи, сексуальные отношения, вред и оскорбления, нанесенные другим людям, жесткое обращение с самим больным (например, в детстве), то есть фактически признание и проживание старой травмы. При прохождении данного шага обязательна поддержка спонсора, поскольку часто пациенты не способны справиться со всей захлестывающей их болью самостоятельно. Также для нормализации состояния больных данные шаги предполагают разговор о ценных качествах личности. В руководстве по двенадцатишаговой программе описывается результат работы над шагом 4-м: «...мы можем почувствовать какую-либо неловкость, головокружение от успеха или упасть духом. Но все равно мы почувствуем себя абсолютно по-новому. Нам и вправду очень хорошо от того, что мы довели данную работу до конца. Работа... будет твердым фундаментом для следующих наших шагов...» (Анонимные Наркоманы). Данная цитата достаточно хорошо описывает результат и функцию отреагирования — облегчение и подготовку к новой, длительной и кропотливой психологической работе.

Тот же принцип используется и в семейных «интервенциях» по мотивированию пациентов к началу лечения от алкоголизма (как правило, чтобы пациент согласился на отправку в реабилитационный центр), например по модели Джонсона (Johnson Intervention) (Johnson V. E., 1986). Суть подхода состоит в планировании и осуществлении конфронтации алкоголика членами семьи / друзьями / начальником / иными авторитетными людьми под руководством консультанта. Как правило, проводится несколько предварительных встреч, на которых участники конфронтации разрабатывают стратегию разговора (например, описывают самые тяжелые моменты во взаимоотношениях, вред, который причиняет им больной АЗ); учатся уважительно, заботливо, но честно, конкретно и четко описывать свои претензии к больному; выбирают реабилитационный центр / иную форму лечения и договариваются о процессе госпитализации пациента. Интервенция проводится неожиданно для больного, когда в один прекрасный момент его окружают близкие и рассказывают ему о своих проблемах и ущербе, наносимом употреблением алкоголя. В конце интервенции пациенту предлагается выбор между различными вариантами лечения либо реальными последствиями продолжения употребления (развод, увольнение, прекращение общения с внуками и т. д.). Конфронтация обычно вызывает сильные чувства раскаяния, вины со стороны алкоголика. В литературе по данной теме нам встречались такие утверждения со стороны консультантов-«интервенционистов», что чем сильнее боль, агония, чем больше слез льется во время интервенции, тем она эффективнее и тем сильнее ее очищающий эффект. Здесь ка-

тарсис выступает в качестве катализатора мотивации к лечению. Стоит помнить и о том, что такая мотивация недолговечна. Именно поэтому от организаторов интервенции требуется с максимальной скоростью доставить пациента к месту лечения, не дав ему времени опомниться¹. У пациента возникает длительный тяжелый стресс, вызванный «предательством» и «вероломством» родных (Stanton M. D., 2004).

¹ Организовать сопротивление со стороны алкогольного «Я» (см. гл. 2).

ГЛАВА 2

АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ И АДДИКТИВНАЯ ЛИЧНОСТЬ

2.1. Этиопатогенез алкогольной зависимости

Употребление этилового алкоголя в его разных привлекательных и непривлекательных формах является главным этиологическим звеном алкогольной зависимости. Казалось бы, непреложный факт. Однако алкоголь — уникальное вещество: от него могут психологически страдать люди, не употребляя его. Имеются в виду так называемые первичные абстиненты и значительная часть ближайших родственников алкоголиков. Первые, принципиально не употребляя алкоголь на фоне его разрешенности и вседоступности, являются группой риска развития психосоциальных проблем и слабой интеграции в общество (Pedersen W., 2013). Вторые эмпатически отражают драматическую борьбу между нормативными и алкогольными частями внутри личности их пьющих родственников, принимая эмоциональные перипетии этой борьбы: депрессию, гнев, растерянность, беспомощность — в качестве собственного психического опыта.

Популярность алкоголя обусловлена его способностью вызывать эйфоризирующий эффект, или чувство радости. Помимо свойства донатора радости, алкоголь обладает анксиолитическим или противотревожным эффектом, антифобическим эффектом, миорелаксирующим (расслабляющим) и седативным эффектами. То есть алкоголь выступает как своеобразный транквилизатор и антидепрессант. Однако обладая вышеназванными эффектами, алкоголь не может снять или даже «прикрыть» многонедельный приступ большой депрессии в рамках биполярного депрессивного расстройства или вылечить тревожное расстройство. В этом смысле он не может конкурировать с современными психотропными препаратами. При употреблении зависимыми лицами алкоголя с целью купировать депрессию и тревогу, последние еще более обостряются вскоре после выпивки, формируя порочный круг, способствующий и алкогольной зависимости, и существованию эмоциональных проблем (Peele S., 1990).

Транзакционный аналитик Джон Дюсей иллюстрирует последовательное действие возрастающих доз алкоголя на личность как

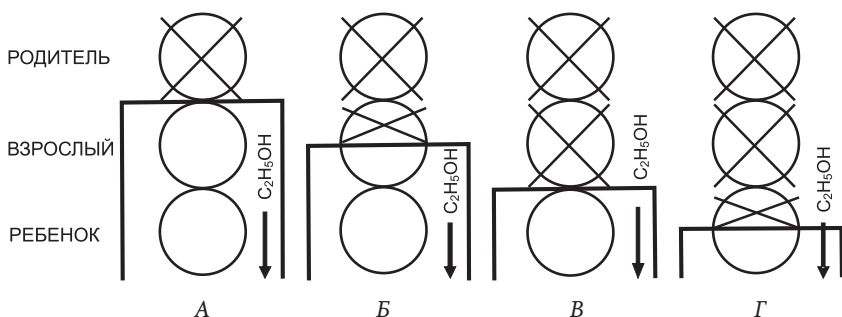


Рис. 2. Действие алкоголя на личностные структуры согласно идее Дюсея (Dusay J., 1971) (объяснение в тексте)

снимающее Родительский и социальный контролирующий прессинг в ситуации А; затрудняющее рациональное поведение и ситуационный контроль Взрослого эго-состояния в ситуации Б; и наконец, в ситуации В и Г приводящее к регрессии и инфантильному поведению (рис. 2) (Dusay J., 1971). Данная последовательность хорошо известна. Алкоголь, будучи легко дозируемым веществом с широким диапазоном между «лечебными» и токсическими дозировками, используется в качестве корректора личностных девиаций, например облегчая коммуникацию между представителями разных полов, уменьшая застенчивость (Zimbardo P. G., 1977).

При действии алкоголя последовательно исключаются: эго-состояние Родитель вместе с семейными и культурными ценностями и моральными нормами А; эго-состояние Взрослый вместе с рациональным мышлением и пониманием нравственного поведения Б; эго-состояние Ребенок сопротивляется дольше всех остальных, причем сначала он «отдается» исключительно эмоциональной жизни и действует по «принципу удовольствия» В, но по мере нарастания интоксикации у Ребенка остаются инстинктивные и примитивные формы реагирования Г. Полное исключение эго-состояния Ребенок означает физическую смерть.

Однако вульгарное использование алкоголя для коррекции характерологических особенностей не нашло поддержки в медицинских кругах даже не из этических соображений, связанных с опасностью развития привыкания и зависимости, а из-за отсутствия позитивного действия алкоголя на патологически измененную личностную структуру. Алкоголь может способствовать компенсации патологических черт, не перестраивая их, и, наоборот, патологиче-

ская личность может использовать эффекты приема алкоголя, укрепляя патологические защиты и патологические поведенческие стратегии. Последнее случается значительно чаще, обуславливая драматизм психотерапии и уникальность каждого клинического случая. Употребление алкоголя людьми с психическими и личностными расстройствами нельзя объяснить исключительно с позиций компенсации дефекта, так как при употреблении алкоголя общая ситуация только ухудшается¹. Скорее, навязчивое стремление к эйфоризации и изменению сознания является попыткой уйти от болезни в другую психическую реальность или в другую субличность.

И все же широкое распространение употребления алкоголя среди здорового населения можно объяснить стремлением улучшить качество жизни за счет ощущения «праздника, который всегда с тобой»², компенсации быстропроходящих постстрессовых нарушений и легких личностных дисгармоний. Эти нарушения и дисгармонии в принципе могли бы устраняться и другими путями, а ощущения праздника, беспечности и влюбленности, называемые человеческим счастьем, скорее достижимы вне алкоголя, чем с его помощью.

Однако с помощью алкоголя эффект счастья достигается немедленно. И у значительной части людей потребность быть максимально и немедленно вознагражденным лежит в основе регулярного употребления алкоголя. Обратная сторона этой потребности — импульсивность, свойственная молодым людям и во многом определяющая их дальнейшую «алкогольную» судьбу (Sloan F. [et al.], 2011; Adams Z. [et al.], 2013). Руди Вучинич и Джали Такер (Vuchinich R., Tucker J., 1998) доказывают, что индивид прибегает к употреблению алкоголя и психоактивных веществ (ПАВ) в случаях, когда у него имеется дефицит других ценных и приятных занятий или видов деятельности, либо полностью отсутствует доступ к ним, либо этот доступ требует дополнительных усилий. Вспоминная известных алкоголиков-артистов, поэтов, писателей, людей, чья жизнь была насыщена и интересна, полна наград, признания и любви, можно поспорить с авторами вышеприведенной теории. Хотя еще в 1974 г. Клод Штайнер (Steiner C., 1974) описывал основную сценарную линию зависимых лиц как жизнь «без радости»

¹ Есть редкое исключение из этого правила — так называемый греетеровский алкоголизм, компенсирующий шизофренический дефект (Graeter K., 1909).

² Название романа Эрнеста Хемингуэя о Париже. Автор страдал алкогольной зависимостью и покончил жизнь самоубийством, повторив сценарий своего отца (см. Goodwin D. W., 1970).

вследствие родительского запрета переживать приятные телесные ощущения в детстве. То есть помимо факта «праздника» или внешнего признания достижений должно быть также внутреннее разрешение человека самому себе радоваться, быть счастливым и самодостаточным. Алкоголь преодолевает Родительский запрет и внутренний механизм обесценивания собственных достижений, вызывая или формируя ощущение биологической радости независимо от уровня развития интеллекта и социальной успешности. Алкоголь — просто химическое вещество, которое, говоря словами Штайнера, на короткое время «восстанавливает связь между Центром («Я». — *Прим. авт.*) и телом» (Steiner C., 1974. P. 141), позволяет испытывать животную, давно утраченную, безотносительную радость¹.

Исследования животных (крыс, приматов), предпочитающих (а есть и не предпочитающие, но и не отказывающиеся) употребление алкоголя и других ПАВ, позволило установить определенные зоны в мезолимбической дофаминовой системе мозга (*ventral tegmental area u nucleus accumbens*), ответственные за переживание «вознаграждающих» эффектов алкоголя и наркотиков. Данные зоны установлены и у людей и в своей совокупности названы «системой вознаграждения» (Wise R., 1989). Определен и основной нейромедиатор удовольствия — дофамин (ДА), соединяющийся с Д2-ДА-рецепторами. Повышение плотности Д2-ДА-рецепторов связано с биологическим выживанием за счет улучшения социальных и сексуальных взаимодействий (установлено на приматах), а пониженная плотность определяет склонность к приему наркотиков. Количество ДА-рецепторов в зоне вознаграждения регулируется и генетически (Nikolova Y. S. [et al.], 2011), и за счет факторов социальной среды: например, снижается в результате факторов стресса (Morgan D. [et al.], 2002).

Интересен феномен *needle freak*², когда в момент укола, еще до поступления дозы в кровь, наркоман испытывает эффект, близкий к наркотическому. То есть на уровне предвосхищения возможна активация составляющих зоны вознаграждения, возможно, за счет условно-рефлекторных стимулов — укола, вида и запаха бара и др.

¹ Русский лауреат Нобелевской премии по литературе писатель-алкоголик Иван Бунин так описывает это чувство: «Ах, эта вечная русская потребность праздника! Как чувственны мы, как жаждем упоения жизнью, — не просто наслаждения, а именно упоения, — как тянет нас к непрестанному хмелю, к запою, как скучны нам будни и планомерный труд!» (Бунин И. А., 2008).

² *Needle freaks* — термин, которым в английском языке описывают наркоманов, получающих удовольствие от процесса самостоятельного инъекционного введения наркотика.

Дж. Алан Марлатт и Джудит Гордон (Marlatt G. A., Gordon J., 1985/2005) — авторы терапевтической технологии профилактики рецидивов — писали о «скрытых медиаторах» рецидива, которые опосредуются позитивными ожиданиями от приема психоактивных веществ: снижением дискомфорта и эйфорией, — что клинически соответствует терминам «влечение» или «побуждение». Все время, которое проходит от выпивки до выпивки, возможен внутриспихический тренинг системы вознаграждения, сравнимый с эротическими ощущениями от фантазийного представления объекта вождения.

Согласно «модели оппонентных процессов» Ричарда Соломона и Джона Корбита (Solomon R. L., Corbit J. D., 1973; 1978), начальные приемы ПАВ индуцируют гедонистическую эйфорию или процесс А, который, в свою очередь, индуцирует некий компенсаторный процесс В, связанный с возрастанием толерантности к ПАВ, поскольку все большее и частое поступление ПАВ ведет к увеличению числа постсинаптических D2-ДА-рецепторов или росту их чувствительности. При прекращении поступления ПАВ и при его распаде на токсические метаболиты, например ацетальдегид, который в 300 раз токсичнее этанола, нарастает абстинентный процесс В, вызывающий дискомфорт. Следующее употребление ПАВ уже призвано не столько вызвать быстропроходящий эффект А, сколько купировать дискомфорт абстинентного процесса В¹. Если на стадии процесса А (положительного влечения и его предвкушения) большинство людей объясняет употребление алкоголя гедонистическими устремлениями («философия винотеки»), то при появлении негативного влечения (или процесса В и стремления снять дискомфорт даже не столько недавнего потребления, сколько еще не наступившего, но уже смоделированного негативного эффекта) начинают говорить о зависимости. Хотя, если быть справедливым, процесс А с увеличением толерантности (устойчивости к прежним дозам с тенденцией к повышению эйфорических доз) есть не что иное, как психическая зависимость, а абстинентный процесс В — физическая зависимость от вещества.

Людей, употребляющих алкоголь и имеющих психическую и/или физическую зависимость, называют зависимыми, то есть больными-алкоголиками или страдающими от алкогольной зависимости.

¹ В клинике данный процесс известен под названием протекающей волнообразно протрагированной абстиненции, длительность которой может быть от нескольких месяцев до нескольких лет с момента прекращения употребления алкоголя (Scholz H., 1982; Assmann G., 1989).

В учебниках и руководствах подробно и красочно описано течение алкогольной зависимости. Большинство психиатров это заболевание признано хроническим, прогрессивным, малообратимым, особенно на стадиях органического изменения личности, и, соответственно, малокурабельным¹.

Кратко остановимся на клинической динамике алкогольной зависимости. Мы приведем отечественную классификацию АЗ по стадиям (Стрельчук И. В., 1966; Григорьев В. И., 1970; Портнов А. А., Пятницкая И. Н., 1973). Она была сделана в условиях социального эксперимента (1917) и отражала основной групповой популяционный срез: все отклонения, не соответствующие групповому догмату, выбраковывались².

¹ В связи с этим популярны следующие лозунги: 1) Лозунг «Лечение может помочь» более точен, нежели «Лечение помогает» (Kleber H. D., USA); 2) «Никогда не прекращать лечиться!» (Waal H., Norway); 3) «Лечатся, но никогда не излечиваются» (Sinclair D., Finland) (U.S. National Institute on Drug Abuse – Pavlov Medical University International Workshop „Pharmacotherapies for Addiction: Basic and Clinical Science“, St. Peterburg, 2003, Abstracts).

² Борис Акунин в своем блоге от 25 октября 2014 г. приводит следующую историю: «...Евгений Дмитриевич Поливанов был человеком не хорошим и не плохим, то есть и хорошим, и плохим. Может быть, он вообще не придавал значения нравственности — такое складывается впечатление, когда считаешь про его чудачества. Или же у него была своя собственная этика. Кажется, он легко брал чужое. И так же легко отдавал свое, иногда последнее. Вроде бы очень любил жену, но в то же время вроде бы имел и еще одну, которую тоже очень любил. ...В известном романе Вениамина Каверина „Скандалист“ Поливанов выведен под именем переводчика Драгоманова. „Его лингвистические работы по тонкости догадок человеческому уму почти непонятны, — говорят про Драгоманова коллеги. — Третьего дня он явился на лекцию... в подштанниках. Его подозревают — и не без оснований — в тайной торговле опиумом. Берегитесь его!“ Сам автор о Драгоманове-Поливанове пишет: „Его боялись. Все знали, что он наркоман, что у него темное прошлое неудачника, путешественника, игрока...“ Реальный Поливанов плюс к тому был еще однорук. Положил кисть на рельс, и ее отрезало. То ли хотел что-то себе доказать, то ли был под воздействием каких-нибудь препаратов... Наркоман? Да, причем тяжелый. Сначала кокаинист, потом прочно сел на героин. В бутырском медзаключении сказано: „3/к Поливанов, страдающий наркоманией, нуждается ежедневно в 2-кратной инъекции героина“. Однако не похоже, что аддикция хоть как-то притупляла его необычайно острый и мощный интеллект. ...Поливанов всю жизнь интересовался сложным и необычным. Знал множество редких языков, сколько — точно неизвестно. Одни пишут, что восемнадцать, другие — что двадцать восемь... Был гениальным лингвистом, специалистом по диалектам... В годы Большого Террора всех богатырей отечественной японистики, разумеется, взяли, одного за другим... объявили шпионами. Конечно, пытали. Поливанова и Невского расстреляли (жен тоже живыми не выпустили)... Господи, у нас не было ни одной отрасли науки, ни одного направления культуры,

На первой стадии АЗ — психической зависимости — люди потребляют все возрастающее количество алкоголя преимущественно с гедонистическими целями, отмечая праздники, юбилеи, похороны, а также используя алкоголь в качестве корректора при бытовых стрессах и экзистенциальных проблемах — при одиночестве, застенчивости и др. В этом случае говорят о симптоме «облегченных мотивировок выпивки» и появлении своеобразного «алкогольного юмора»; симптоме «первой рюмки» — резком повышении влечения типа А после первой выпивки и желании продолжить; симптоме «опережения круга» — более частом употреблении, чем это бывает у других членов компании. «Пьяных» дней становится больше, чем «трезвых». Растет толерантность к алкоголю, то есть способность выпивать все больше и больше без токсического эффекта. На этой стадии начинают угасать многие защитные, соматические рефлексы, призванные снизить токсическое действие этанола и его метаболитов: например, снижается аппетит на высоте опьянения и человек пьет, не закусывая («После первой — не закусываю!»); исчезает рвотный рефлекс; нарушается сон (симптом «ранних утренних пробуждений»). Появляется и первый предвестник процесса типа В — симптом «декомпенсации восстановления самочувствия», когда пьющему все больше и больше времени необходимо утром, чтобы восстановить самочувствие и работоспособность. Смерти зависимых на первой стадии отражают «рискованный модус поведения молодых людей» и утрату контроля над импульсами, то есть смерти случаются от последствий агрессии, черепно-мозговых травм и автомобильных аварий.

Вторая стадия АЗ — физической зависимости — знаменуется становлением алкогольного абстинентного синдрома, или «синдрома лишения» ПАВ, проявляющегося в психической (тревога, страх), неврологической (тремор, судорожный синдром, атаксия) и соматической (кардиалгия, гастралгия, цефалгия и др.) симптоматике (Victor M., Adams R. D., 1953). На фоне «синдрома лишения» часто возникают алкогольная эпилепсия и алкогольные психозы: алкогольный делирий, алкогольный галлюциноз, алкогольный паранойд и алкогольный бред ревности. На этой стадии толерантность достигает «плато», т. е. не растет и не падает. Появляется многодневное, запойное пьянство с целью купировать влечение типа В —

даже ни одного вида спорта, где чугунная, бездарная, тупая, бессмысленно жестокая сила не вытоптала своими коваными сапожищами все самое яркое и живое... уничтожила людей, которые много о себе понимали, и ладил только с теми, кто понимал о себе мало... Гений, наркоман, чудака и почти сверхчеловек Евгений Дмитриевич Поливанов... много о себе понимал.

«психическую боль аддикции» (Garg S. [et al.], 2012. P. 43). Дебютируют, а то и достигают стадии разгара, алкоголь-ассоциированные соматические заболевания. Алкоголик вынужден преодолеть на этой стадии ряд защитных психосоциальных механизмов: например, научиться пропивать семейные деньги и ставить семью на грань выживания; научиться приходить на работу нетрезвым; пить на работе; водить транспорт в состоянии опьянения; брать деньги в долг и не выплачивать кредиты; лгать, богохульствовать и проч. Именно по этим причинам говорят о морально-нравственной деградации личности алкоголика или об алкогольном дефекте личности, который, кстати, считают обратимым, чуть только алкоголик прекратит пить в состоянии ремиссии. Появляющиеся на этой стадии лакунарные расстройства памяти — «палимпсесты», названные так по аналогии с пробелами утраченного текста в древних папирусах, — помогают забыть некрасивые эпизоды выпивки. На этой стадии отмечается пик завершенных алкогольных суицидов. Малая часть из них совершается в состоянии опьянения, большая — на фоне своеобразной алкогольной депрессии¹ и чувства вины. Умирают на второй стадии и от последствий травм, убийств на бытовой почве, от алкогольных токсических передозировок на фоне утраты контроля над количеством выпитого и отсутствия рвотного рефлекса.

Третью стадию АЗ называют конечной или энцефалопатической, подчеркивая, что на этой стадии особо страдает мозг, а личность алкоголика претерпевает изменения, свойственные больным с органическим поражением мозга. Последнее означает, что наблюдаются расстройства памяти (особенно при Корсаковском амнестическом полиневритическом психозе), интеллекта, познавательных способностей. Толерантность резко падает, цирротическая печень и атрофические мышцы не справляются с обезвреживанием алкоголя, и он, минуя печень, устремляется в мозг, обуславливая тяжелые

¹ По поводу алкогольной депрессии нет консолидированного мнения. Авторы считают, что большая депрессия может приводить к развитию АЗ, что аффективные колебания при АЗ особенно выражены в состоянии абстинентного синдрома, а некоторые могут отвечать критериям большого депрессивного эпизода, что депрессии кратковременны и отражают реакцию на ситуацию, случившуюся в состоянии опьянения. Некоторые авторы отождествляют суицид и депрессию, причем последнюю диагностируют ретроспективно, исходя из факта суицида. По нашему мнению, суицидогенная депрессия — это актуализированная «депрессия заброшенности» в смысле Джона Боулби (2003) и Джеймса Мастерсона (Masterson J., 1976), и о ней пойдет речь в следующих главах. Мы также считаем, что следует отличать суицидальные попытки алкоголиков от алкогольных завершенных суицидов.

формы интоксикации. Алкоголики из-за недостатка средств употребляют некачественный алкоголь и его суррогаты, еще больше усугубляя ситуацию. Многие к этому времени не имеют семьи, работы и друзей. Количество суицидов на этой стадии невелико, и люди умирают от пневмонии, энцефалопатии, болезней печени и сердца.

Ряд принципиальных для психотерапии факторов нельзя удовлетворительно объяснить только с позиций медицинской модели АЗ. Остановимся на трех из них:

1. Стереотип развития АЗ может быть прерван на любой стадии, даже независимо от лечения. Об этом свидетельствует статистика спонтанных ремиссий. Спонтанные ремиссии чаще называют естественным выздоровлением (*natural recovery*), причем под этим состоянием понимают возникший без терапевтического вмешательства полный отказ от приема алкоголя или переход на контролируемое употребление без симптомов зависимости и вредных последствий (Vaillant G. E., 1983; Bischof G. [et al.], 2000; Pérez Gómez A., Sierra Acuña D. R., 2007; Mohatt G. V. [et al.], 2008). Большинство исследователей сходятся во мнении, что спонтанные ремиссии бывают намного чаще, чем терапевтические. Профессор Джордж Вэйлант (Vaillant G. E., 1983) из Гарварда относил их к категории «Естественной истории алкоголизма» (название его книги, 1983), объясняя их сменой ценностей на протяжении жизни. В некоторых дискуссионных статьях предлагается пересмотреть традиционный медицинский взгляд на АЗ как на хроническое рецидивирующее заболевание, поскольку при изучении на популяционном уровне большинство людей, удовлетворяющих критериям АЗ, никогда не обращались за помощью, избавились от зависимости самостоятельно без последующих рецидивов (Cunningham J. A., Breslin F. C., 2004).

2. Сформированное влечение чрезвычайно стойко биологически, связано с сотнями условно-рефлекторных стимулов, так что употребление с критериями зависимости может быть возобновлено с прежней интенсивностью даже после многих лет абстиненции, о чем свидетельствует, например, опыт возвратившихся из длительного заключения или опыт людей, в свое время сформировавших длительную терапевтическую ремиссию. О силе влечения к алкоголю свидетельствуют и метафоры зависимых от опиоидов. С другой стороны, в человеческом обществе даже сексуальное влечение трансформируется и перестает определять поведение, например, среди родственно близких людей.

3. Становится хорошим тоном противопоставление медицинской и моральной моделей АЗ. Моральная модель в вульгарном ее понимании связывает употребление алкоголя с моральным дефек-

том и/или дефектом воспитания. Наиболее показательным выражением этого взгляда является судебная практика, где АЗ — отягчающее вину обстоятельство.

Медицинская модель, наоборот, утверждает, что зависимость от ПАВ характеризуется «неконтролируемым навязчивым поиском и употреблением даже перед лицом негативных медицинских и социальных последствий» (Leshner A., 2001), что «заболевание зависимостью — это биохимическое, психосоциальное, генетически детерминированное первичное заболевание, отличительными признаками которого являются потеря контроля или продолжающееся употребление веществ, изменяющих психику и/или настроение, несмотря на негативные последствия, и часто сопровождающееся стойким отрицанием существования заболевания и его эффектов» (American Society of Addiction Medicine, 2011). Заметим, что во всех определениях с позиций медицинской модели речь не идет о выборе самого зависимого лица и, следовательно, его ответственности за принятие или изменение этого выбора. Наоборот, моральная модель, пусть и в примитивной форме, возлагает ответственность за употребление алкоголя и его последствия на самого индивида. А ведь это является определяющим принципом гуманистической психотерапии, если не всей психотерапии вообще. Ведь без признания того факта, что сам человек сделал свой выбор в пользу того или иного стиля жизни, было бы абсурдно требовать от него, чтобы он отказался (изменился, сделал другой, более позитивный выбор) от поведения, в основе которого лежат неподвластные ему силы — генетика, биохимия, среда. Также отметим, что до сих пор нет эффективного биологически ориентированного подхода к лечению АЗ, который мог бы конкурировать с психотерапией.

2.2. Преалкогольная личность. Концепция коморбидности

Бесспорным является факт, что при прочих равных условиях одни люди становятся зависимыми, а другие — нет. Поскольку данное разделение людей нельзя объяснить только наследственностью, были предприняты попытки поиска личностных особенностей или даже устойчивого набора личностных черт, свойственных исключительно будущим алкоголикам.

Наследственная теория алкоголизма помогла пролить свет на ряд клинических феноменов, связанных с существованием злокачественного алкоголизма северных народностей (аборигенов Сибири и Северной Америки) и защитную по отношению к формированию АЗ роль «флашинг-реакции» или «реакции покраснения лица»

у представителей восточной расы¹. В пользу наследственной теории алкоголизма говорят следующие факты: 1) наличие семейных наследственных форм АЗ; 2) близнецовыми исследованиями установлен факт более частой (в два раза чаще) одновременной заболеваемости АЗ у гомозиготных близнецов, чем у дизиготных; вместе с тем гомозиготные близнецы, имеющие одинаковый набор генов, только в 60 % (а не в 100 %!) заболевают АЗ синхронно; 3) приемные дети от родителей-алкоголиков, воспитывающиеся в семьях родителей не алкоголиков, в будущем чаще страдали от АЗ, чем приемные дети от биологических родителей не алкоголиков. Установлено большое количество и биологических маркеров, ассоциированных с алкогольной наследственностью, таких как особенности дерматоглифики, светочувствительности и др. Установлены также и гены, которые кодируют активность и плотность D2- и D4-ДА-рецепторов в зоне вознаграждения (Le Foll B. [et al.], 2009; Nikolaeva Y. S. [et al.], 2011), названные алкогенами. Исследования, выявляющие проявления алкогенов с определенными личностными чертами и изменениями внешней среды, возможно, позволят выявить некий интегративный показатель. Однако сегодня влияние среды и наследственности на развитие АЗ оценивается как 50/50 (Davis C., Loxton N., 2013).

С другой стороны, интегративным феноменом, учитывающим наследственность и влияние среды, всегда считалась человеческая личность.

Одной из самых популярных интегративных теорий считается теория Клода Роберта Клонингера. К. Р. Клонингер (Cloninger C. R., 1987) выделяет два типа алкоголизма. При алкоголизме, обусловленном средой, или алкоголизме I типа отмечается меньшее число алкоголиков в семейной истории, зависимость развивается позже 25 лет, не характеризуется спонтанно возникающей потребностью в алкоголе и лишь изредка сопровождается агрессивностью и конфликтами с законом. Эти пациенты чаще демонстрируют психическую зависимость от алкоголя и потерю контроля, а также чувство вины и страх перед АЗ. Личность пациентов характеризуется сни-

¹ Если у первых определено генетическое преобладание изофермента алкогольдегидрогеназы (АДГ2) — фермента, метаболизирующего этанол на 30 % быстрее, чем у европейцев, что способствует более быстрому злокачественному формированию АЗ, то у вторых, наоборот, существует генетический дефект митохондриальной ацетальдегиддегидрогеназы (АлДГ2), затрудняющий расщепление самого токсического метаболита этанола — ацетальдегида, который циркулирует в крови, вызывая эффект покраснения лица, препятствуя дальнейшему употреблению этанола и формированию АЗ. На принципе фармакологической блокады АлДГ2 основано действие дисульфирама.

женной потребностью в поиске новых впечатлений (*novelty seeking*), избеганием неприятных (аверсивных) событий и повышенной потребностью в общественном поощрении. При алкоголизме II типа у мужчин имеется высокий риск семейного алкоголизма, а зависимость развивается до 25 лет. Пациенты имеют спонтанную тягу к алкоголю, более агрессивны и имеют конфликты с законом. Психическая зависимость от алкоголя и чувство вины выражены незначительно. Личность характеризуется высокой готовностью к поиску новых впечатлений, не избегая аверсивных ситуаций и переживаний и не испытывая высокой потребности в общественном поощрении. При оценке результатов применения трехкритериальной (критерий поиска нового, избегание аверсивных ситуаций, зависимость от поощрения) теории личности Клонингера к широкому спектру зависимостей была установлена высокая прогностическая значимость первого фактора в отношении раннего начала формирования АЗ и невысокая для двух других (Howard M. [et al.], 1997).

Два типа алкогольной зависимости — первичную и вторичную — выделяет и Крейг Мак-Эндрю (MacAndrew C., 1986a), автор алкогольной шкалы MAC (MacAndrew C., 1981) — субшкалы теста ММРІ¹ (Hathaway S., Mckinley J., 1956). Зависимые от алкоголя с первичным или врожденным алкоголизмом диагностировались с вероятностью 85 % по шкале MAC с наиболее высокими значениями по шкале «Дерзость» (*boldness*) и ассоциированными качествами «ассертивность, агрессивность и поиск удовольствий». Именно эти качества лежат в основе делинквентности и криминальности алкоголиков. Пациенты с вторичным алкоголизмом (15 %, оставшиеся недиагностированными по MAC), по мнению Мак-Эндрю, имитируют злоупотребление, поскольку имеют проблемы, например, тревогу и депрессию, которые алкоголь облегчает.

Чтобы избежать утверждений, что описанные характеристики не предшествуют АЗ, а являются ее результатом, и выделить преалкогольную личность, так сказать, в чистом виде, Мак-Эндрю предложил новую субшкалу для молодых людей (16–21 года), которые уже проходили лечение по поводу алкогольных проблем (MacAndrew, 1986b). Используя эту стратегию, исследователи из Миннесоты (Peele S., 1990) подтвердили данные Мак-Эндрю и нашли, что будущие алкоголики обладают высоким уровнем социопатии, пренебрегают авторитетами и демонстрируют антисоциальную импульсивность. Более поздние исследователи подтверждают эти находки, отмечая «вклад» в преалкогольную личность синдро-

¹ Minnesota Multiphasic Personality Inventory — Миннесотский многоаспектный личностный опросник.

ма гиперактивности с дефицитом внимания в детстве и кондуктивного расстройства в подростковом возрасте (Littlefield A. K., 2010). Что же касается корреляционной связи описанных личностных свойств с генетическим наследованием вариантов D2-ДА-рецепторов, то они были выявлены в большей мере с такими чертами аддиктивной личности, как негативизм и тревожность, чем импульсивность (Davis C., Loxton N., 2013). Действительно, пациенты, страдающие алкогольной зависимостью, значительно чаще, чем пациенты из контрольной группы, страдают от сопутствующей депрессивной и/или тревожной симптоматики (Trull T. J. [et al.], 2004; Tragesser S. L. [et al.], 2007).

Ниже представлены наиболее часто упоминаемые характеристики зависимых от алкоголя лиц, которые скорее не отражают алкогольные изменения личности (ICD-X) и зачастую являются «мишенями» психоаналитической и когнитивно-бихевиоральной психотерапии. Личности с АЗ характеризуются более частым использованием психологической защиты по типу отрицания; у них чаще диагностируется суицидальное и несуйцидальное аутоагрессивное поведение; рискованное поведение со склонностью к поиску новых впечатлений; антисоциальное поведение с сопутствующими агрессивностью, импульсивностью, лживостью, манипулятивностью; у них чаще наблюдаются психический инфантилизм и склонность к формированию симбиотических отношений, грандиозность, элементы «магического» мышления, дефицит социальных навыков; чаще встречаются аффективные расстройства в виде колебаний настроения, чувств опустошенности, одиночества и скуки и, наоборот, в виде гиперактивности с ажитированностью и неспособностью концентрироваться; а также нарциссический симптомокомплекс — снижение эмпатии и эгоцентризм.

Этот набор характеристик может быть расширен за счет дополнительных составляющих и может быть сужен, если признать, что данные характеристики являются производными личностной типологии.

Многие авторы разделяют второй взгляд. Так, во-первых, они не находят у зависимых лиц повышенной частоты использования распространенных алкогольных защит, таких как отрицание, или поведенческих стратегий, таких как патологическая ложь, высокий уровень сопротивления и некомплайентности, а также специфических характерологических черт по сравнению с представителями неалкогольной популяции (Miller W., Rollnick S., 1991; Berglund K. [et al.], 2011). Во-вторых, малоадаптивные стратегии и защиты, специфически характерные для гармонически несбалансированной личности (например, личностные акцентуации и личностные рас-

стройства), начинают проявляться¹ на фоне злоупотребления алкоголем и обуславливать уже личностную специфичность аддиктивного поведения. Действительно, клинические проявления АЗ у истериков будут разительно отличаться от таковых у шизоидов или антисоциалов.

Концепция коморбидности. В настоящее время все большее число сторонников набирает концепция коморбидности. Эта концепция ставит под сомнение наличие «чистой» АЗ, а скорее утверждает, что АЗ развивается на «патологической почве» того или иного психического расстройства или сосуществует с другими психическими расстройствами, в частности с личностными расстройствами².

В общей популяции распространенность личностных расстройств колеблется от 8,2 до 13,4 % (Lykken D., 1995; Kernberg P. [et al.], 2000; Torgersen S. [et al.], 2001; Samuels J. [et al.], 2002), тогда как, по данным многочисленных исследований, в выборках пациентов, имеющих АЗ, коморбидные личностные расстройства встречаются в диапазоне от 22–40 до 58–78 % (Verheul R. [et al.], 1995; Pettinati H. M. [et al.], 1999; Ortman D., 2001; Zimmerman M. [et al.], 2005; Grant V. F. [et al.], 2006; Echeburua E. [et al.], 2007). При таком сочетании течение АЗ оказывается менее благоприятным, что выражается в более раннем возрасте начала употребления алкоголя, в большем количестве правонарушений, совершенных в состоянии интоксикации, и во множестве профессиональных и социальных последствий злоупотребления алкогольными напитками (Hesselbrock M. H. [et al.], 1985; Rounsaville B. J. [et al.], 1987; Steadman H. [et al.], 1998; Verheul R. [et al.], 1999).

В основном авторы фокусируются на диссоциальном и эмоционально неустойчивом (пограничном) расстройствах личности, опираясь на их высокую распространенность в популяции пациентов с алкогольной зависимостью (Kessler R. C. [et al.], 2005).

¹ Личностный профиль ММРІ у алкоголиков – «высокорасположенный» по типу «зубчатой пилы» (профиль с множеством пиков, значительно превышающих 70 Т) – отражает больше личностную преморбидную дисгармонию (Собчик Л. Н., 2001).

² Личность определяется как набор эмоциональных и поведенческих черт, которые характеризуют человека в повседневной жизни: эти черты относительно стабильны и предсказуемы. О расстройствах личности говорят, когда составляющие личность черты утрачивают гибкость и адаптивность и приводят к значительному нарушению функционирования или дистрессу (Karlan N., Sadock V. J., 1996). Личностные расстройства появляются с детства и сохраняются в зрелом возрасте, не являются следствием другого психического расстройства или заболевания мозга, приводят к нарушению многих сфер личности: аффективной, когнитивной, коммуникационной и др. (МКБ-10, 1994).

Вместе с тем при АЗ могут встречаться практически любые личностные расстройства, и зачастую у таких пациентов находят симптомы нескольких личностных расстройств. Например, у 78 % пациентов с алкогольной зависимостью диагностировались признаки как минимум одного расстройства личности, в среднем же у каждого пациента имелись признаки 1,8 расстройства личности (De Jong C. A. [et al.], 1993). Согласно данным крупного эпидемиологического исследования, проведенного в США в период с 2001 по 2002 г. (National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions, NESARC), 28,6 % лиц, страдающих алкогольной зависимостью, имеют признаки как минимум одного расстройства личности и, наоборот, 16,4 % лиц, страдающих как минимум одним расстройством личности, имеют признаки АЗ. Наиболее распространенными расстройствами личности в данном исследовании явились диссоциальное (12,3 %), ананкастное (обсессивно-компульсивное) (12,1 %) и параноидное (10,1 %) личностные расстройства (Grant B. F. [et al.], 2006; Stinson F. S. [et al.], 2008). Корреляция между обсессивно-компульсивным, истерическим, антисоциальным расстройствами личности и алкогольной зависимостью была более сильной у женщин, чем у мужчин. Во второй части исследования NESARC проводилась оценка распространенности нарциссического, пограничного (эмоционально неустойчивого по МКБ-10) и шизотипического расстройств личности. Согласно полученным данным, нарциссическое личностное расстройство встречается у 9,1 % пациентов с алкогольной зависимостью, пограничное — у 14,7 %, а шизотипическое — у 8,4 % (Grant B. F. [et al.], 2006; Stinson F. S. [et al.], 2008; Pulay A. J. [et al.], 2009). В Германии в выборке из более чем 1000 человек, госпитализированных для лечения АЗ, практически у 60 % были обнаружены признаки как минимум одного расстройства личности. Наиболее распространенными в этом исследовании оказались обсессивно-компульсивное, пограничное, нарциссическое и параноидное расстройства личности; для женщин наиболее характерным было пограничное расстройство, в то время как антисоциальное и нарциссическое чаще встречались у мужчин (Preuss U. W. [et al.], 2009). Наибольший уровень личностной патологии встречается у стационарных пациентов по сравнению с пациентами, получающими помощь в амбулаторных условиях (Verheul R. [et al.], 1999).

Наличие при алкоголизме антисоциального расстройства ассоциируется с более ранним началом употребления алкоголя, более быстрым прогрессированием алкогольной зависимости и большой вероятностью рецидива во время или после лечения (Hesselbrock M. H. [et al.], 1985; Miller W. R., Wilbourne P. L., 2002). Кроме того, анти-

социальное расстройство личности связано с частыми рецидивами алкогольной зависимости, в то время как пограничное личностное расстройство чаще ассоциируется с успешной терапией (Rounsaville B. J. [et al.], 1987). АЗ у пациентов с антисоциальным, пограничным и параноидным расстройствами личности имеет более серьезные симптомы и осложнения, а пограничное и параноидное расстройства имеют большую предрасположенность к возникновению алкогольных психозов (Morgenstern J. [et al.], 1997).

Личностные расстройства из тревожного кластера (кластер С по DSM-4) сочетаются с АЗ также достаточно часто. Пациенты-алкоголики с обсессивно-компульсивным расстройством личности долгое время могут успешно функционировать, то есть им свойственны скрытые проявления зависимости. Часто за обсессивно-компульсивным фасадом могут скрываться черты антисоциального и зависимого личностного расстройства, например, возможно появление «агрессивной грандиозности», сменяющейся интенсивным чувством униженности, вины и стыда. Если возникает рецидив зависимости, эти пациенты бывают абсолютно подавлены чувством вины, так как они очень чувствительны к полной потере контроля, и в таком случае им может потребоваться значительная поддержка (Richards H., 1993). Характерная особенность этих пациентов заключается в том, что употребление алкоголя у них практически никогда не сопровождается полным отключением сознания из-за страха потери контроля, а также в медленном темпе формирования физической зависимости (Филоненко Е. В., 2006; Ekleberry S. C., 2008).

У пациентов с зависимой личностью начало злоупотребления алкоголем зачастую совпадает по времени с разлукой или потерей значимой фигуры. Алкоголь предоставляет им легкий путь взаимодействия с другими людьми и способ бегства от проблем при таком взаимодействии (Бек А., Фримен А., 2002). Злоупотребление алкогольными напитками может происходить втайне от близких, критикующих пациентов, и сопровождается усилением тревожности, депрессией и ненавистью к себе (Richards H., 1993). В отличие от пациентов с обсессивно-компульсивной личностью, у больных с зависимыми от отношений чертами физическая зависимость от алкоголя формируется быстрее (Филоненко Е. В., 2006).

При тревожном (избегающем) расстройстве личности алкоголь служит средством, позволяющим почувствовать внутренний комфорт и уверенность в себе, избавиться от мыслей о своей виновности (Richards H., 1993; Skodol A. [et al.], 1995; Eklberry S. C., 2008). Для этих пациентов характерно «одиночное пьянство» и отнесенная осторожность при выборе алкоголя: они предпочитают слабоалкогольные напитки (Филоненко Е. В., 2006).

Нами в период с 2009 по 2012 г. было проведено клиническое обследование 190 мужчин, обратившихся за амбулаторной анонимной наркологической помощью к врачу психиатру-наркологу по поводу лечения от алкогольной зависимости (Новиков С. А., Шустов Д. И., 2013а, 2013b; Новиков С. А. [и др.], 2013). Диагностика особенностей личности и личностных расстройств проводилась непосредственно в клиническом интервью с использованием критериев МКБ-10 и дополнительных сведений — анамнестических, предоставляемых пациентом и его родственниками, а также данных, полученных из медицинской документации, свидетельствующих о ранее установленном диагнозе расстройства личности. В связи с отсутствием в МКБ-10 диагностических критериев нарциссического расстройства для его диагностики использовались критерии DSM-4. В качестве вспомогательного клиничко-психопатологического метода нами был выбран опросник PDQ-4 (Personality Disorder Questionnaire — Диагностический тест личностных расстройств) в русскоязычной версии В. П. Дворченко (2008). Данный диагностический инструмент помогает определить степень выраженности личностных черт, а также личностную типологию. Мы обнаружили, что 33,2 % пациентов с АЗ имели личностные расстройства: пограничное (22,1 %), антисоциальное (16,8 %) и параноидное (10,6 %). Реже встречались нарциссическое (7,9 %), избегающее (7,3 %), обсессивно-компульсивное (6,3 %), шизоидное (5,8 %) и истерическое (4,5 %) расстройства личности. Если брать во внимание и типологию личности, и степень выраженности патологических личностных черт¹, то наиболее часто в изучаемой выборке встречалось пограничное (12,6 %) и антисоциальное (9,5 %) расстройства личности, а также пограничная (8,4 %), антисоциальная (8,4 %) и параноидная (7,4 %) акцентуации характера. Распространенность остальных акцентуаций и расстройств личности была ниже 7 %.

¹ «Тяжесть» личностной патологии измерялась нами в континууме: «гармонически организованная личность» — «личность с акцентуацией характера» (Leongard K., 1968) — «расстройство личности по критериям МКБ-10, DSM-4». Исходя из психоаналитических концепций уровней личностной организации «нормального», «невротического», «пограничного» и «психотического» типа (McWilliams N., 1994; Kernberg O., 1994), нормальный уровень соответствует гармонической личности, невротический уровень соответствует акцентуации характера, а пограничный уровень — личностному расстройству. Несмотря на достаточную обоснованность конституционально-континуальной концепции личностной изменчивости и широкое распространение континуального взгляда на психическую патологию в психоаналитической литературе, данный подход, к сожалению, не используется в современных клинических классификациях МКБ-10, DSM-4.

Говоря об особенностях формирования АЗ, необходимо отметить, что возраст начала систематического употребления, а также злоупотребления алкогольными напитками был статистически значимо меньше у пациентов, страдающих расстройством личности (РЛ). Так, 71,4 % пациентов с расстройствами личности начинали систематически злоупотреблять алкоголем с 14 до 20 лет (против 51,1 % у акцентуантов). В возрасте с 20 до 25 лет 73 % из них начинали злоупотреблять алкоголем, и у 34,9 % в результате массивных злоупотреблений в этом же возрасте сформировался алкогольный абстинентный синдром. У акцентуантов же алкогольный абстинентный синдром в 69,1 % случаев сформировался после 25 лет. Интересно, что 100 % пациентов с гармонической личностью указали на начало злоупотребления алкогольными напитками с 20—25 лет, при этом алкогольный абстинентный синдром всегда (72,7 %) формировался после 25 лет. Эти факты свидетельствуют о более раннем развитии и быстром течении алкогольной зависимости у пациентов с сопутствующей личностной патологией. Толерантность организма к алкоголю у пациентов с личностными расстройствами была значимо выше, чем у пациентов из двух контрольных групп. Так, 52,4 % из них указывали, что употребляют более 1000 мл алкогольных напитков в сутки (в пересчете на 40 % алкоголь). Пациенты с расстройствами личности чаще пили запоями (73,0 %), а пациенты с гармонической личностью в 36,4 % случаев указывали на систематическое употребление алкоголя (обычно в выходные дни и государственные праздники). Статистически значимые отличия были выявлены и в частоте встречаемости осложнений, вызванных длительным массивным употреблением алкоголя: пациенты с патологией личности чаще (15,4 %), чем пациенты из контрольных групп, рассказывали об эпизодах эпилептиформных пароксизмальных нарушений в состоянии алкогольного абстинентного синдрома; 17,5 % указывали на перенесенный в анамнезе алкогольный психоз. В отличие от пациентов без личностной патологии пациенты из первой группы в 7,9 % случаев переносили тяжелые отравления алкоголем с последующим оказанием им реанимационного пособия.

Отвечая на вопросы о результатах предыдущих обращений за помощью по поводу лечения АЗ, пациенты с расстройствами личности значимо чаще сообщали о выпивке на фоне терапевтического запрета, несмотря на угрожающие жизни и здоровью последствия (Энтин Г. М., 2001). 47,6 % этих пациентов начинали злоупотреблять алкоголем еще до окончания срока лечебной программы; у пациентов с акцентуациями характера это происходило в два раза реже (23,4 %).

2.3. Алкогольная личность

С нашей точки зрения, преалкогольная личность, даже обладая набором асоциальных характеристик, все же сводится к доминирующим преморбидным личностным характеристикам. Вполне понятно, что если эти доминирующие характеристики достигают степени патологии и определяют тот или иной вид личностного расстройства, то преморбидная личность будет мощно «звучать» в клинике аддиктивного заболевания. Если же степень дисгармонии личностных черт не достигает степени аномальности, то ведущие или доминирующие радикалы будут не видны. При этом на первый план могут выходить личностные характеристики, производные интоксикационного поражения головного мозга, отвечающие критериям органического расстройства личности (F07.0 по МКБ-10)¹. Но значит ли это, что основной личностный радикал (плюс отмеченные выше преалкогольные черты) «потонет» в органическом личностном огрублении с признаками деменции? Отнюдь нет. Хотя бы потому, что для формирования органической личности требуется время, и длительность процесса должна достигать конца II и начала III стадии АЗ. У значительной части алкоголиков органическая личность просто не формируется, если не было каких-либо экстремальных дополнительных событий, таких как асфиксия после парасуицида или повреждение коры головного мозга во время черепно-мозговой травмы.

¹ Критерии органического расстройства личности. Диагноз требует присутствия двух или более из следующих черт: а) значительно сниженная способность справляться с целенаправленной деятельностью, особенно требующей длительного времени и медленно приводящей к успеху; б) измененное эмоциональное поведение, характеризующееся эмоциональной лабильностью, поверхностным неоправданным весельем (эйфорией, неадекватной шутивостью), которая легко сменяется раздражительностью, кратковременными приступами злости и агрессии; в) в некоторых случаях наиболее яркой чертой может быть апатия; в) выражения потребностей и влечений могут возникать без учета последствий или социальных условностей (больной может совершать асоциальные акты, например, воровство, предъявлять неадекватные сексуальные притязания, обнаруживать прожорливость или не соблюдать правила личной гигиены); г) когнитивные нарушения в форме подозрительности, параноидных мыслей или чрезмерная озабоченность одной, обычно абстрактной темой (например, религией); д) выраженные изменения в темпе и потоке речевой продукции с чертами случайных ассоциаций, сверхвключение (расширенное включение в тематику побочных ассоциаций), вязкость и гиперграфия; е) измененное сексуальное поведение (гипосексуальность или изменение сексуального предпочтения) (F07.0 по МКБ-10).

Нам представляется, что именно на почве преморбидного личностного радикала и формируется собственно алкогольная личность, имеющая некоторые специфические особенности. Именно к этим специфическим особенностям в мышлении, поведении и чувствах адресуется психотерапевтическая активность большинства методов когнитивно-бихевиоральной психотерапии (Marlatt G. A., Gordon J. R., 1985; Miller W. R., Rollnick S., 1991). Мы также солидарны с мнением авторов, утверждающих, что алкогольная личность формируется на фоне развития зависимого заболевания, поскольку прогрессирующий процесс зависимости со своим чрезвычайно подвижным мозговым субстратом и клиническим течением изменяет личность и жизнь человека вместе с формированием новообразования, подобного онкологическому новообразованию (Nakken C., 1996).

Другой важный аспект, который хотелось бы еще раз подчеркнуть, — приведенные в предыдущем разделе данные о высокой частоте встречаемости антисоциального и пограничного личностного расстройства у зависимых от алкоголя лиц. Представляется также, что эти личностные части, существующие на уровне акцентуаций, встречаются еще чаще, а также могут комбинироваться с другими личностными частями. Такие комбинации не являются редкостью на уровне личностных расстройств (Millon T., 1999).

Если глубоко не погружаться в дискуссию о причинах личностных расстройств, соотношения наследственных и средовых факторов, психоаналитическую теорию развития, следует отметить, что в качестве определенного консолидирующего разные мнения фактора выступает психическая травматизация, в том числе в контексте конфликта между старым и новым образами «Я» в детстве (Janoff-Bulman R., 1998). Описывают «защитные», в ответ на травму, процессы проективной идентификации, расщепления, сплиттинга, диссоциации, то есть процессы, нарушающие целостность и интегрированность «Я». Мартин Тейчер [и др.] установили, что у детей, переживших агрессию и стресс, повышенный уровень кортизола снижал рост нейронов в гиппокампе в области, ответственной за систему поощрения, что приводило впоследствии к злоупотреблению алкоголем и наркотиками (Teicher M. H. [et al.], 2010; 2012).

Многие авторы, характеризуя личность алкоголика, не оставляют без внимания факт своеобразной диссоциации его личности или существования двух субличностей или двух противоположных «Я», как расколотое «Я» небезызвестных Джекила и Хайда в повести Роберта Льюиса Стивенсона «Странная история доктора Джекила и мистера Хайда». Например, Крейг Нэккен (Nakken C., 1996) обозначает эти две стороны одного «Я» как «Самость» (нормальная часть личности) и «Аддикт» (часть, сформированная под воздей-

ствием аддиктивного процесса). Ю. В. Валентик (2000) называет их нормативным «Я» и алкогольным «Я». Ниже мы подробнее остановимся на характеристиках этих субличностей и их взаимоотношениях друг с другом.

Сейчас представляется важным прояснить источник «алкогольного расщепления» в преалкогольной личности. Нам кажется, что этот источник связан с ранней психической травмой¹ и попыткой ее избежать, используя диссоциативные процессы.

Диссоциация и психическая травма

Диссоциация² — это нарушение обычно интегрированных функций сознания, памяти, идентичности и восприятия окружающего (DSM-4, 1994). В психоаналитической литературе под диссоциацией понимается такое состояние, при котором два и более психических процесса сосуществуют, не будучи связанными или интегрированными, в противоположность интеграции — психическому процессу, посредством которого части объединяются в одно целое (Райкрофт Ч., 1995). Другие исследователи под диссоциацией подразумевают некоторую разновидность разделенного или параллельного доступа к осознанию, в котором два или более ментальных

¹ В исследовании Дрэйджер и Лэнгелэнд (Draijer N., Langeland W., 1999) под психической травмой понимался широкий спектр событий, происшедших в возрасте до 16 лет и объединенных в 5 групп: 1. *Пренебрежение* было определено как родительская дисфункция и недоступность родительской опеки в результате частых соматических заболеваний, психических расстройств, злоупотребления алкоголем или седативными препаратами. 2. *Болезненная сепарация* — утрата родителя в результате смерти, развода, заболевания на период более 6 месяцев. 3. *Физическое насилие* — тяжелая родительская агрессия в отношении ребенка, при этом исключались факты наказания, характерные для культуральных особенностей испытуемых. 4. *Сексуальное насилие* — любые сексуальные действия в отношении испытуемого, совершаемые без его согласия, с негативной оценкой происходящего. 5. *Наблюдение физической или сексуальной агрессии между родителями*.

² Диссоциацию отличают от иных форм расщепления психики, в частности схизиса (раздробления), при котором происходит фрагментация всех психических функций. Схизис, специфичный для шизофрении, приводит не только к дезинтеграции «Я», но и к одновременному существованию разнонаправленных тенденций во всех сферах психики и бредовой идентификации личности. Другая форма психической защиты и «расщепления» — сплиттинг, характерный для пограничной организации и пограничного ЛР, — подразумевает неспособность личности интегрировать положительные и отрицательные качества одного и того же объекта, из-за чего индивид воспринимает себя и других либо как абсолютно хороших, либо как абсолютно плохих.

процесса или содержания не связаны (ассоциированы) или не интегрированы (Classen С. [et al.], 1993) и избегается осознание собственных эмоций или мыслей (Gershuny В. S., Thayer J. F., 1999). Диссоциация может быть расценена как измененное (нарушенное) состояние сознания или фрагментация сознания (Marlar С. R. [et al.], 1996), в котором переживание компартиментализовано (разделено) (Gershuny В. S., Thayer J. F., 1999). Один из выдающихся исследователей диссоциации Фрэнк Патнэм (Патнэм Ф., 2004) определил диссоциацию как недостаток нормальной интеграции мыслей, чувств и поведения в потоке осознания и памяти.

В последние годы появилась гипотеза о том, что диссоциация представляет собой нормальный процесс, который на первых этапах развития направлен на защиту от переживаний, связанных с травматической ситуацией, и лишь со временем становится дезадаптивным, патологическим процессом. Арнольд М. Людвиг (Ludwig А. М.) утверждал, что диссоциативным реакциям присуща важная функция и они обладают большой ценностью с точки зрения выживания индивида (*цит. по*: Патнэм Ф., 2004). Центральное положение в концепции адаптивной функции диссоциации занимает представление о том, что диссоциативные феномены представляют собой некий континуум, встречаются в психически здоровой популяции и приобретают дезадаптивный характер только в том случае, если интенсивность и частота их проявлений выходит за определенные рамки. Дальнейшие исследования сформулировали идею континуума, который простирается от общих и повседневных явлений, таких как поглощенность фантазиями (*daydreaming* — дневные грезы) и провалы во внимании, дорожные трансы, а далее через явления уже виденного (дежавю) приближается к патологической недостаточности интеграции восприятия, мыслей, чувств, действий и, самое тяжелое, идентичности, характерной для клинически выраженных диссоциативных расстройств и феномена множественной личности (Gershuny В. S. [et al.], 1999; Патнэм Ф., 2004).

Существуют два источника, из которых черпаются данные, подтверждающие идею диссоциативного континуума. Во-первых, это результаты исследований распределения гипнотической восприимчивости (гипнабельности) в нормальной популяции, которые показывают континуальный характер распределения этого свойства в человеческой популяции. Гипнабельность тесно связана с диссоциативным потенциалом (Патнэм Ф., 2004). Во-вторых, это результаты исследований с использованием шкалы диссоциации, ШД (Dissociative Experiences Scale, DES)¹. При обследовании лиц из раз-

¹ См. Тарабрина Н. В., 2001.

личных выборок (здоровые взрослые, здоровые лица подросткового возраста, лица, страдающие АЗ, фобическими и тревожными расстройствами, шизофренией, хроническим диссоциативным расстройством) выявлен континуальный характер распределения диссоциативных явлений с плавным увеличением медианных значений ШД. Минимальные значения ШД выявлены у здоровых взрослых, более высокие значения — у психически больных лиц, максимальные — у лиц с посттравматическим стрессовым расстройством и хроническим диссоциативным расстройством. Относительно высокие значения ШД выявлены для здоровой подростковой группы. Считается, что для подростковой группы свойственна тенденция более часто отмечать переживания «отключки» по отношению к внешним и внутренним стимулам, а также ситуационные сдвиги в чувстве личностной идентичности (Патнэм Ф., 2004).

Другие работы показывают наличие двух принципиально различных кластеров диссоциации. Нормальная диссоциация широко распространена в здоровой популяции, а патологическая диссоциация, которая относительно редко встречается в общей популяции, является четким индикатором психопатологии (Waller N. G. [et al.], 1996). К проявлениям нормальной диссоциации относят провалы во внимании, флэшбэк (англ. *Flashback* — наплывы ярких образных воспоминаний), дежавю (феномен уже виденного), явления абсорбции (активное фантазирование и поглощенность воображаемыми образами, рассеянность внимания), дорожные и повседневные трансовые состояния. К проявлениям патологической диссоциации относят диссоциативные фуги, диссоциативные амнезии, явления деперсонализации — дереализации, слуховые галлюцинации.

Используя ШД у 1007 взрослых из общей популяции, Сорайя Сидэт с коллегами (Seedat S. [et al.], 2003) установили, что показатели патологической диссоциации были значимо связаны с мужским полом и злоупотреблением алкоголем. Дебра Бенишек и Хэриет К. Вичовски (Benishek D., Wichowski H. C., 2003) определили, что из 51 пациента в стационарном и амбулаторном лечении по поводу АЗ 30 % имели высокий уровень диссоциативных симптомов. Гэри Данн и коллеги (Dunn G. E. [et al.], 1993) также, обследовав 265 мужчин, лечившихся по поводу наркологических проблем, показали, что 41 % больных имеет высокий уровень выраженности отдельных диссоциативных симптомов. В другом исследовании того же автора (Dunn G. E. [et al.], 1994), целью которого было выявить распространенность детского насилия у наркологических больных, оценивались данные о психотравматическом опыте в детском возрасте (физическое, сексуальное и эмоциональное насилие) и частота диссоциативных симптомов, измеренных ШД. В результате оказалось,

что 34 % пациентов отмечали события травматического характера в детстве. В этой группе выявлены более высокие средние показатели частоты диссоциативных симптомов по сравнению с группой без фактов травматического опыта в детстве, однако статистически значимые различия между обследованными контингентами отсутствовали. Джоан Элласон с коллегами оценивали коморбидные расстройства оси I и оси II DSM-3, диссоциативные симптомы и информацию о детской психической травме у лиц, проходивших лечение по поводу зависимости от ПАВ (Ellason J. W. [et al.], 1996). У 69 из 106 испытуемых выявлены факты физического и/или сексуального насилия в детстве. У 26,4 % выявлено посттравматическое стрессовое расстройство. У пациентов, подвергшихся психической травме в детстве, отмечена большая выраженность симптомов депрессии, диссоциации и пограничного расстройства личности, чем у пациентов без травматического опыта в анамнезе. Кэрон Злотник и соавторы среди 85 больных с зависимостью или злоупотреблением ПАВ, проходящих стационарное лечение, выявили, что лица с психической травмой отмечали большее количество актов самоповреждения, более высокие уровни диссоциативных симптомов и большую степень импульсивности по сравнению с пациентами без психотравматических событий в анамнезе (Zlotnick C. [et al.], 1997). В то же время некоторыми исследователями поддерживается теория «химической» диссоциации психики у больных со злоупотреблением ПАВ. Кэтрин Венцель с соавторами сравнили частоту и типы диссоциативных симптомов, которые отмечают больные алкоголизмом и наркоманией (Wenzel K. [et al.], 1996). Авторы исследовали отношения между диссоциацией, недавним и хроническим длительным употреблением алкоголя, гашиша, кокаина и героина. 138 больных, из них 62 зависимых от алкоголя и 76 от наркотиков, были включены в исследование с оценкой диссоциативных симптомов посредством ШД. Были исследованы три типа диссоциативных симптомов: амнезия, деперсонализация/дереализация и абсорбция. У 91 пациента, кроме того, оценивали историю недавнего (последние 30 дней) и хронического употребления алкоголя и наркотиков. Высокие уровни диссоциации были найдены в обеих группах — как алкоголиков, так и наркоманов. У больных алкоголизмом выявлены более высокие уровни диссоциации всех трех типов по сравнению с больными наркоманией. Хроническое употребление (в течение нескольких лет) алкоголя и кокаина было значимо взаимосвязано с показателями диссоциации. Напротив, никаких диссоциативных проявлений от недавнего (в прошлом месяце) употребления алкоголя или наркотиков не было найдено. Авторы делают вывод, что диссоциация может быть следствием длительного злоупотребления

ПАВ, включая алкоголь и кокаин. Уилли Лэнгелэнд с соавторами сравнили уровень диссоциативных симптомов у лиц, страдающих психическими расстройствами и расстройствами зависимости от ПАВ (Langeland W. [et al.], 2002). Выявлен более высокий уровень диссоциативных симптомов у психически больных по сравнению с больными зависимостью от ПАВ (уровень ШД 17,4 балла против 11,4 балла соответственно). У лиц, зависимых от ПАВ, выявлен существенный уровень детского психотравматического опыта: физическое насилие — 14,2 %, сексуальное насилие — 23,9 %. В то же время по сравнению с психически больными выявлено меньше значимых корреляций между детской психотравмой и уровнем диссоциации. Сделан вывод, что лица, зависимые от ПАВ, конституционально не способны психически отстраниться (диссоциироваться) от травматических событий. Такие люди в качестве защиты от влияния психической травмы дополнительно избирают способ химической диссоциации, когда, употребляя ПАВ, больной избавляется от тягостных переживаний и воспоминаний о травме.

За период 2000—2007 гг. под руководством одного из авторов¹ было проведено исследование диссоциативных процессов с помощью ШД у зависимых от алкоголя взрослых (90 человек, 31 — контрольная группа) и подростков (30 человек, 30 — контрольная группа), находящихся на лечении в наркологическом стационаре (Шитов Е. А., Шустов Д. И., 2006; Шитов Е. А., 2007). По результатам исследования были сделаны следующие выводы: 1. Взрослые больные АЗ и подростки, злоупотребляющие алкоголем, отмечают более часто в анамнезе раннюю детскую психическую травму по сравнению с группами контроля. Изучение процессов диссоциации психики у больных алкогольной зависимостью и подростков, злоупотребляющих алкоголем, показало: взрослые больные алкоголизмом имеют более высокие уровни диссоциативных процессов по сравнению со взрослыми здоровыми лицами; подростки, злоупотребляющие алкоголем, имеют уровень диссоциативных процессов более высокий по сравнению с социально адаптированными подростками, не употребляющими спиртные напитки. 2. У лиц, переживших травматические события в детстве и отмечающих связанные с ними диссоциативные феномены, алкогольная зависимость формировалась в более сжатые сроки, то есть отличалась более высокой прогредиентностью². Для них характерно более тяжелое течение АЗ.

¹ Д. И. Шустов.

² Прогредиентность — термин, используемый в отечественной наркологии, предложен Н. Н. Иванцом (1996) и характеризует быстроту формирования физической зависимости (алкогольного абстинентного синдрома) от начала

3. Выраженность диссоциативных процессов прямо коррелирует с частотой отмечаемой в анамнезе детской психической травмы как в группе взрослых больных АЗ, так и подростков, злоупотребляющих алкоголем, и не связана с длительностью заболевания алкоголизмом и/или длительностью злоупотребления алкоголем. Это подтвердило теорию травматического происхождения диссоциативных процессов у больных алкогольной зависимостью и не подтвердило точку зрения на диссоциацию как на процесс, возникающий вследствие хронического употребления алкоголя. 4. Психотерапия лиц, перенесших психическую травму в детстве, проводится с учетом наличия диссоциативных процессов психики. У больных алкогольной зависимостью диссоциативные процессы психики связаны с отмечаемыми в анамнезе фактами детского психотравматического опыта, поэтому возможно использование существующих методик коррекции диссоциированного травматического опыта. Психотерапевтическая работа ведет к разрешению диссоциации, личностной интеграции и отказу больных от алкоголя как средства избавиться от болезненных эмоций и воспоминаний о пережитой травме. Критерием включения в психотерапевтическую программу следует считать выявленные при первичном обследовании детские психотравматические события в истории пациента.

Алкогольное расщепление

Алкогольные части личности («Аддикт», или алкогольное «Я») формируются на основе преалкогольной личности, а фактически — на почве особым образом структурированного раннего травматического опыта под воздействием аддиктивного процесса. Алкоголизация может служить в качестве механизма химической диссоциации, повторяя «удачные» попытки психологической диссоциации в детском и подростковом возрасте, когда этот механизм еще мог быть использован. По-видимому, справедливы обе точки зрения — и этиологическая (Zlotnick С. [et al.], 1997; Шитов Е. А., 2007), и патогенетическая (Wenzel К. [et al.], 1996) — на диссоциативный процесс при болезнях зависимости. Более того, ранние травматические переживания актуализируются новым травматическим опытом. Например, К. Нэккен указывает на переживание потери как на один из основных факторов, продвигающий аддиктивный процесс, поскольку любая потеря подрывает доверие во взаимоотношениях

систематического злоупотребления алкоголем. Различают прогрессирующую АЗ (до 3 лет), среднепрогрессирующую АЗ (4–12 лет), малопрогрессирующую АЗ (свыше 12 лет); для женщин соответственно до 2 лет, 2–7 лет, свыше 7 лет (Наркология: национальное руководство, 2016).

с людьми, тогда как взаимоотношения с веществом предсказуемы и принимаются как интимные (Nakken С., 1996). «Аддикт» формируется, когда взаимоотношения с веществом заменяют взаимоотношения с людьми, а люди становятся объектами зависимости, когда нет доступа к веществу. Новые взаимоотношения имеют существенную выгоду для «Аддикта», поскольку дают возможность изменить настроение, достигнуть интоксикационного транса, чтобы получить ощущение наполненности (*satiation*), всемогущества (грандиозности) и власти¹, а также избежать осознания процесса печали. Транс у не химически зависимых и интоксикация помогают существовать в двух мирах.

Внутри личности алкоголика алкогольное «Я» (АЯ) и нормативное «Я» (НЯ) (Валентик Ю. В., 2000а) обладают различными по структуре системами мышления с характерными эмоционально-когнитивными связями и поведенческими паттернами. Внутриличностная динамика этих статусов характеризуется попеременным доминированием АЯ или НЯ с прохождением четырех фаз: 1) фазы доминирования АЯ, 2) фазы диссоциированного «Я», 3) фазы доминирования НЯ, 4) фазы диссоциированного «Я». Приведем авторский текст полностью.

«Фаза доминирования АЯ начиналась, как правило, в период, непосредственно предшествующий алкогольному эксцессу. Она продолжалась в течение эксцесса и некоторое время после его завершения. АЯ характеризовалось селективностью и специфической алкогольной трансформацией в сфере восприятия. В эмоциональной сфере отмечались ассоциирование и выраженная поляризация эмоций: негативных — вокруг алкогольного абстинентного синдрома, позитивных — вокруг алкогольного опьянения. Перераспределялась интенсивность эмоционального реагирования — снижалась интенсивность эмоционального ответа на значимые нормативные стимулы. Отмечалась трансформация „моральных“ эмоций. Переживания вины и стыда получали специфическое алкогольное наполнение. В мотивационной сфере нарастал эгоцентризм, отчетливо определяющийся во взаимоотношениях с нормативным социальным окружением. Фиксировалось смещение круга интересов и волевого контроля. В когнитивной сфере доминировал алкогольный набор ценностей и смыслов деятельности. По отношению к нормативным требованиям окружающей среды активизировалась алко-

¹ Используя тест ТАТ (Thematic Apperception Test), Д. Мак-Клелланд и соавторы определили у алкоголиков высокую потребность во власти и экстравагантные властные фантазии на фоне насыщения алкоголем (McClelland [et al.], 1972).

гольная психологическая защита. Особое значение имели патологические установки больных, вырабатывающиеся по мере обобщения субъективного опыта болезненного алкогольного существования. Их преодоление критически важно для проведения успешной психотерапии. Переход к доминированию АЯ сопровождался обычно мало осознаваемым, имплицитным, неявным „знанием“ о предстоящей выпивке, граничащим с уверенностью и убежденностью в том, что она состоится. Толчком к данным переживаниям обычно служили фрагменты актуализации ПВА (патологического влечения к алкоголю. — *Прим. авт.*). Неудачи в борьбе приводили к автоматизации и упрочению подобных установок.

Фаза диссоциированного „Я“ в период выхода из алкогольного экстаза сменяла предшествующую фазу актуализации АЯ. Ее характеризовали переживания гипотимного спектра, амбивалентные проявления, переживание множественных внутриличностных конфликтов, связанных со столкновением АЯ и НЯ. Алкогольные переживания приобретали некоторую чуждость, нежелательность.

Вслед за этой фазой отмечалась фаза доминирования нормативно-компенсаторных личностных процессов (НЯ. — *Прим. авт.*), сопровождающаяся социально приемлемым ответственным поведением.

Данную фазу сменяла фаза диссоциированного „Я“ — перехода к следующему алкогольному экстазу. Она сопровождала изменение личностной позиции от НЯ к АЯ. Ее характеризовал не депрессивный, а преимущественно тревожный аффект в сочетании с высоким уровнем напряжения и элементами дисфории. Если при доминировании НЯ актуализация ПВА была редкой и легко преодолевалась, то в этой фазе она становилась серьезной проблемой. Одновременно актуализируются установки, ведущие к АЯ, и цикл повторяется.

Пребывание больного в разных статусах „Я“ сказывается на его понимании собственных проблем, критичности и анозогнозии. Находясь в АЯ, пациент в принципе не способен оценить себя „со стороны“ (из наблюдающего „Я“¹. — *Прим. авт.*) как алкоголика. Для этого необходим переход на нормативную личностную позицию» (Валентик Ю. В., 2000а. С. 298, 299).

На определенном этапе своей динамики, считает К. Нэккен, для «Аддикта» объекты зависимости могут утрачивать свою первостепенную важность и он может изменить своим предпочтениям в пользу другого вещества или поведенческого стиля (Nakken С., 1996). «Аддикты» знают, что изменение вещества — хороший способ заставить других от них «отвязаться». В состоянии ремиссии,

¹ Наблюдающее, разумное, анализирующее «Я», выполняющее функцию «рефлексивного самоосознавания» (Райкрофт Ч., 1995; Гринсон Р., 2003).

определяемой только по отсутствию употребления алкоголя, «Аддикт», теперь уже «сухой пьяница» (*dry drinker*), продолжает контролировать ситуацию, отказывая себе во взаимоотношениях, способных обеспечить необходимую заботу. Людям, находящимся в ремиссии, помимо контроля ситуационных и триггерных (запускающих) стимулов, следует научиться отслеживать проявления своей аддиктивной личностной части. Именно аддиктивные взаимоотношения внутри собственной личности человек должен признать и ликвидировать.

АЯ должно быть выделено и конфронтировано в методиках «доживания алкоголизма до конца» (Валентик Ю. В., 2000b), когда прощание и «надгробная речь» на могиле своего внутреннего Алкоголика способствуют дальнейшему прощению, принятию и реинтеграции личности пациента на новой основе.

Алкогольная личность и расщепление в транзакционном анализе

Существование инкорпорированных объектов, понимание опыта, записанного в разных субличностях, и влияние этого опыта на рациональную часть «Я» — все это является инструментарием популярной психотерапевтической системы, названной Эриком Берном (1910—1970) транзакционным анализом¹ (ТА). ТА — самая подходящая система метафорических воззрений на функционирование психики для высветивания условий, в которых расположилась «Аддикт» (АЯ) внутри личностных структур, а также для поиска пути исправления сложившейся ситуации. Леонард Шлегель определяет современный ТА как психотерапевтический метод, характеризующийся творческой комбинацией когнитивной и психодинами-

¹ В первую очередь ТА изучает обмен транзакциями (сообщениями) между людьми. Транзакции могут быть вербальными (слово, предложение) и невербальными (жест, улыбка). Одна транзакция состоит из транзакционного стимула (например, вопроса «Что вы ели на завтрак?») и транзакционного ответа («Яичницу и хлеб»). Люди обмениваются транзакциями между эго-состояниями или состояниями «Я» (см. ниже). У каждого человека 3 состояния «Я». Таким образом, при кажущейся беседе двух физических лиц может стать ся, что психологически в беседе принимают участие 6 человек (6 состояний «Я») с большим количеством используемых транзакций. Транзакции могут быть простыми, не имеющими под собой двойного смысла, как в приведенном примере, и сложными — «с двойным дном», когда озвученное предложение на социальном уровне подразумевает нечто другое, иногда совсем противоположное на психологическом уровне. Именно здесь следует искать источник разнообразных конфликтов и недопонимания между людьми. О теории конфликтных транзакций можно прочитать в любой книге основателя ТА Эрика Берна.

чески ориентированной психотерапии и обогащенный аспектами коммуникативной терапии (обучения людей конструктивной коммуникации без недопонимания и психологических игр) и процессами гештальт-терапии (Schlegel L., 1998).

Применительно к теме мы должны напомнить некоторые классические постулаты ТА, касающиеся оригинального представления о структуре личности, и некоторые философские положения. Так, Э. Берн метафорически выделяет три эго-состояния личности в виде «согласованных систем чувствования и переживания, связанных с соответствующим поведенческим типом»: а именно эго-состояние Родитель (Р), эго-состояние Взрослый (В) и эго-состояние Ребенок (Ре) (Berne E., 1961; 1964) (рис. 3).

Эго-состояние Родитель определяется как совокупность поведения, мыслей и чувств, которые были скопированы у биологических родителей или других значимых родительских фигур, то есть это заимствованное состояние «Я» или «экстеропсихе». Родительские фигуры и модели, по которым они действуют, интроецируются в психику без достаточной критики; обычно в Р доминирует наиболее сильный родитель.

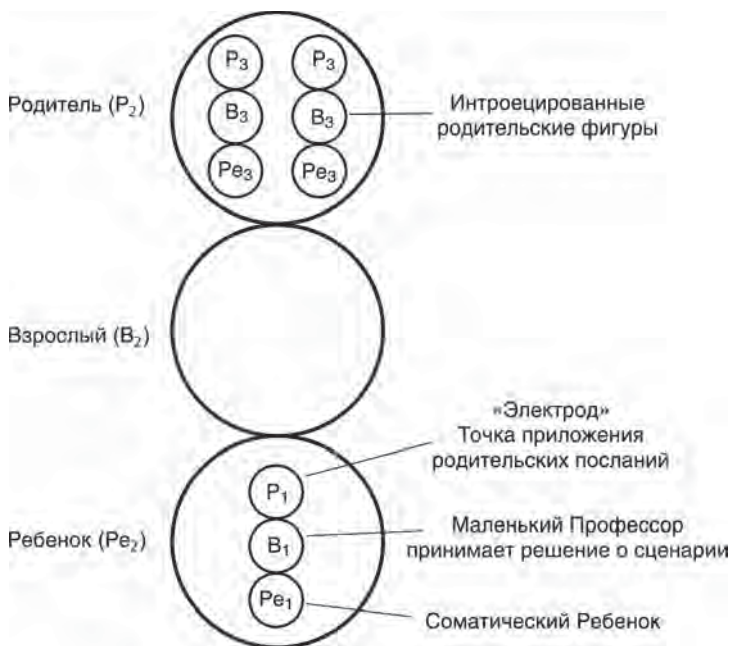


Рис. 3. Структурная модель личности второго порядка

Эго-состояние Взрослый, или «неопсихе», — совокупность поведения, мыслей и чувств при непосредственном реагировании на ситуацию «здесь и теперь», не являющуюся копией поведения родителей и не проигрываемую из детства самого человека.

Эго-состояние Ребенок, напротив, включает образцы поведения, мыслей и чувств, проигрываемых из детства, то есть это архаичное эго-состояние, или «археопсихе». Эго-состояние Ребенок ответственно за принятие *решения* относительно будущей жизни, которое отражает способ, каким ребенок собирается выживать и приспосабливаться к родительской семье, а затем и к обществу в целом. Ранние решения, сделанные под родительским давлением, будут определять долговременный неосознаваемый план жизни, или *сценарий жизни*. А *игры*, в которые играют люди, обмениваясь «*транзакциями с двойным дном*», будучи также малоосознаваемыми трансферентными феноменами, продвигают жизненный сценарий к его финалу, который не всегда может быть счастливым. Э. Берн замечал, что если обстоятельства рождения и первичное окружение нам не дано изменить, то финал — можно, и что «наиболее важная задача психотерапевта — ввести изменение в это прощальное представление» (Berne E., 1972. P. 40). Следует подчеркнуть, что одним из базовых философских принципов ТА является утверждение, что всякий человек сам ответственен за свою судьбу, он сам принимает решение и, следовательно, *перерешив*, может коренным образом изменить свою жизнь (Goulding M., Goulding R., 1979).

Структура алкогольной личности

Родитель. В P_2 алкоголика интроецированы две группы Родительских фигур (рис. 4). Так, $P_3V_3Pe_3(-)$ — это фигуры биологических родителей (или их части), например, мать, или отец, или оба (или дед, которого ребенок застал в живых, или дядя и т. д.), которые давали своему сыну/дочери негативные предписания, программу, «как реализовывать предписания через выпивку», а также контрпредписания или родительские послания о том, как избежать опасных предписаний, например, усиленно работать (или не чувствовать боли, или быть первым, или радовать других и т. д.). Родительские фигуры $P_3V_3Pe_3(+)$ — это позитивная Родительская часть. Здесь сосредоточены интроекты людей (или их частей), которые были добры, интимны¹ и обеспечивали безопасность. Эти

¹ *Интимность* (синоним термина «близость») — близкие взаимоотношения с другими людьми с аутентичных (искренних) позиций, открытое сообщение о своих желаниях и потребностях друг другу. Интимность вместе со способностью *осознавать* и отличать реальность от родительских предрассудков

люди давали позитивные разрешения, такие как «Живи», «Люби и можешь быть любимым», «Доверяй» — все то, что формирует нормативную часть личности, ориентированную на позитивные семейные и общечеловеческие ценности. Берн писал, что самые важные разрешения — это «любить, изменяться и делать дела хорошо» (Berne E., 1972. P. 125).

Чем больше позитивных интроецированных фигур содержится в P_2 или чем больше человек по мере своего взросления сталкивался с такими людьми, тем лучше его прогноз. Чуть позже будет понятно, что слово «столкнуться» еще не означает, что человек (будущий алкоголик) поместит этот интроект «хорошего человека» себе в Родителя. Это активный, а не пассивный процесс, который объясняет, почему среди сонма ангелов оказался Люцифер.

Может быть и другая история, когда отрицательные фигуры содержат в себе какие-то позитивные части, которые ребенок жадно хватается и помещает в свой P_2 на первый план. Так, Сонечка Мармеладова¹ видит в своем отчине-алкоголике Мармеладове еще и человека, который спас ее мать от позора, женившись на ней; Сонечка также является заступницей и благодетельницей своей отвергающей мачехи, поскольку та одна воспитывает двух малолетних детей.

Так или иначе ситуация, максимально наполненная печалью и пессимизмом, совершается, когда в P_2 просто очень мало каких-либо (даже отрицательных, поскольку из них еще что-то можно достать, как у Сонечки) фигур. Эта ситуация создается в результате прямой физической заброшенности в попечительские организации (см. рис. 4).

Ребенок. Естественный Ребенок (EРе) алкоголика, называемый иногда Соматическим, функционирует по известному принципу удовольствия, имеющему, увы, и другую сторону². Структура в головном мозге, инициирующая его побуждения, сосредоточена в «области вознаграждения». Две системы команд EРе воспринимает непосредственно — от Pe_3 (Ре родительской фигуры), а также от Маленького Профессора (V_1 или Взрослого в Ребенке). Первая система сообщает ему о тайных, невысказанных (невербальных), сла-

и детских иллюзий, а также вместе со *спонтанностью* — способностью адекватно использовать в общении все эго-состояния — составляет понятие *автономности* — свободного, независимого способа жизни вне сценария. Берн считал, что достижение клиентом автономного функционирования является целью психотерапии.

¹ Персонаж романа Ф. М. Достоевского «Преступление и наказание».

² Имеется в виду работа З. Фрейда «По ту сторону принципа удовольствия» (Freud S., 1922).

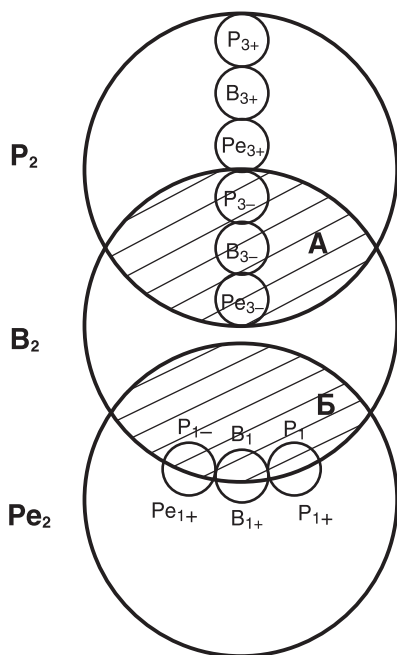


Рис. 4. Структура алкогольной личности:

$P_3B_3Pe_3(+)$ положительные Родительские фигуры или интроекты, дающие позитивные разрешения (например, дед, мать).

$P_3B_3Pe_3(-)$ — Родительские интроекты, дающие отрицательные предписания (алкоголик-отец; алкоголик-дядя и др.).

Pe_{1+} — часть Естественного Ребенка, обеспечивающего энергетический потенциал (в том числе творчество).

P_{1-} — «Внутренний Враг» (часть матери — Злой Колдуньи или отца — Тролля).

P_{1+} — «Помощник» (часть матери — Доброй Феи или отца — Доброго Волшебника).

B_{1-} — часть Маленького Профессора, обеспечивающего «удачу» патологического аддиктивного поведения.

B_{1+} — часть Маленького Профессора, обеспечивающего физическое выживание.

Pe_{1-} — часть Естественного Ребенка, функционирующего исключительно по принципу удовольствия.

А — область заражения (контаминации) отрицательными интроектами Разумного Взрослого.

Б — область контаминации негативным опытом Ребенка Взрослого поведения

дострастных, порочных, ужасных, восхитительных импульсах и желаниях, которыми «на самом деле» руководствовались его биологические родители или родительские фигуры (воспитатели, «училки» и «преподы»). Pe , как сверхчувствительная губка, без критики распознает и впитывает их опыт получения удовольствия. Вторая система команд, идущая от Маленького Профессора, позво-

ляет ему получать удовольствия максимально (или насколько возможно) безопасным способом. Маленький Профессор (B_1) много знает, но это все же детская фигура, а не компетентный Взрослый (B_2), поэтому многие и «попадаются» в моменты получения удовольствия. B_2 может обеспечить безопасность с привлечением взрослого рассудка, но интенсивность наслаждения снизится. Если привлечь сюда общественные, моральные нормы и декларированную нравственность, содержащиеся в P_2 , то от наслаждения ничего не останется.

Разделение ЕРе на плохого (-) и хорошего (+) очень условно, как боль и награда, творчество и криминальность, увязанные в его анатомической области (Eysenck Н. J., 1997). ЕРе в комбинации с B_2 — скорее позитивный альянс, поскольку позволяет учесть интересы и других людей.

Р₁, или Электрод, — область в Ребенке алкоголика, которая копирует поведение биологических родительских фигур и является их дипломатическим представителем внутри психики маленького мальчика или девочки. То, что, по мнению маленьких детей, чувствуют, думают и демонстрируют через поведение их родители, лежит в этой области. В некоторых детских садах проводят выставки «Родители глазами детей», и именно P_1 предоставляет выставочный материал. В P_1 содержатся фантазии о всемогуществе (грандиозности) биологических родителей и собственная грандиозность как слепок с этих фантазий. Электрод алкоголика — это грандиозность и обесценивание, «все или ничего», либо власть и требование безусловной любви от Идеального объекта, либо ненависть, ярость, аннигиляция и смерть. Клод Штайнер (Steiner С., 1974) назвал эту область у алкоголиков Большим Свином (или Врагом) за то, что эта область «заставляет людей чувствовать себя плохими и вынуждает их делать то, что они не хотят» (Штайнер К., 2003. С. 71). Например, Электрод может включиться внезапно и заставить импульсивно повторить суицидальную попытку отца.

Маленький Профессор, или Взрослый в Ребенке (B_1). Основная функция этой структуры вообще и у алкоголика в частности — сделать хороший компромисс между потребностями ЕРе и давлением со стороны P_1 . Это первая когнитивная структура, которая, еще используя магическое мышление, уже начинает следовать первому закону юридической логики: «все, что не запрещено, то разрешено», например, если «водку нормальные люди не пьют!», то они — нормальные люди — могут пить виски, коньяк и текиллу. Или образец другого «марсианского» мышления: «До 18 лет детям спиртное запрещено!» «Хорошо, — думает B_1 , — как только мне стукнет 18, обязательно напьюсь!» B_1 — область, где принимаются

решения «на всю жизнь»: и на срок этой жизни, и на ее финал. Это решение, или «первичный протокол», первая запись сценария жизни осуществляется, по-видимому, в ходе избирательного отсеивания функционально неэффективных синаптических связей и формирования уникальной нейронной сети и множества обратных связей в таламокортикальной системе мозга, ответственной за развитие первичного сознательного опыта (Edelman G. M. *цит. по:* Вагс В. J., Gage N. M., 2010). Считается, что к подростковому возрасту Маленький Профессор «знает» свой сценарий в деталях. Ниже мы будем говорить о сценарии подробнее.

Отметим, что стратегии Маленького Профессора несовершенны. Например, как Маленький Профессор Маккиавели, он с готовностью использует ложь и манипуляции, не оценивая изначальной слабости своей позиции. Это часто наблюдается у алкоголиков, когда границы между В и Ре стираются в результате контаминации.

Взрослый. На рис. 4 границы Взрослого эго-состояния алкоголика нарушены за счет внедрения Р и Ре. Такое состояние называется заражением или контаминацией. Это означает, что реакция на стимул (ситуацию) будет искажена за счет Родительских предрасположений (Родительской контаминации) или иллюзий Ре (Детской контаминации). У алкоголика присутствуют оба типа контаминации. Например, лживость отражает Детскую контаминацию, когда контаминированный В алкоголика пытается скрыть факты употребления алкоголя от своего врача, производящего предрейсовый осмотр, или сотрудника ДПС, ориентируясь на иллюзию двух-/трех-летних малышей, что если они спрятались (их не видят родители), то их не видно на самом деле. При этом искаженная позиция Взрослого позволит алкоголику разрешить себе управлять транспортным средством и наделать известных непоправимых бед. Родительская контаминация поставляет огромное число традиционно семейных, условно-рефлекторных приглашений к выпивке в праздники и в дни утрат. Двойная контаминация связана с внутриличностным диалогом Р и Ре и часто проявляется в неспособности алкоголика решать текущие проблемы. При этом Р критикует или обесценивает личность Ре, заставляя того бунтовать либо демонстрировать утрату социальных навыков, «тупить», переспрашивать и отказываться что-либо делать. Контаминированный В не вмешивается в этот диалог, считая себя обесточенным — лишенным энергии. При тяжелых контаминациях, когда В самоустраняется, диалог «Р↔Ре» идет внутри головы алкоголика так, что присущая каждому внутренняя речь приобретает характеристики внешней и алкоголик слышит преследующие его «голоса» — галлюцинации, словно бы исходящие из внешнего пространства.

Анатомически функционирование Взрослого эго-состояния опосредуется деятельностью префронтальной коры, если иметь в виду ее функции координирующего мозгового центра. Если говорить о функциональной¹ патологии Взрослого эго-состояния, то максимум этой патологии достигается при психозах, в особенности при шизофрении, что связано с нарушением обмена ДА и активности его Д1- и Д2-рецепторов в префронтальной коре и мезолимбической системе мозга (Carlsson A., 1988).² Эта система тесно связана с зоной вознаграждения, поскольку ДА превращает нейтрально-безразличный сигнал в эмоционально окрашенный стимул — приятный или отталкивающий. Так, при патологии фоновые импульсы в сенсорных системах неадекватно усиливаются, формируя галлюцинации, и, наоборот, вялое ДА-подкрепление не позволяет сформироваться адекватному эмоционально окрашенному опыту, при этом уравнивается значение важных и второстепенных стимулов, приводя к нарушению процессов обобщения, эмоциональному обеднению и социальной отгороженности (Carlsson A., Lecrubier Y., 2004).

Интересно, что и Г. Айзенк (1997) находил сходство между шизофренической и алкогольной личностью по увеличению фактора «П», или психотизма, у тех и у других.

Все это заставляет нас думать об особой конституционально-наследственной уязвимости Взрослого эго-состояния при алкоголизме³.

Наблюдение 2

К характеристике черты, обозначаемой Г. Айзенком как «П».

В конце первого часа первой мотивационной сессии тридцатидвухлетний пациент сказал, что очень переживал смерть своей бабушки, которая умерла, когда он был подростком. Пациент не помнил, сколько ему тогда точно было лет. Терапевт (Т.) попросил клиента подсчитать точный возраст, исходя из года смерти бабушки и его года рождения. Но пациент (П.) неожиданно отказался.

¹ В противовес органической патологии, когда вся деятельность В может быть разрушена после удара тяжелой палкой по голове.

² За это открытие в 2000 г. автор получил Нобелевскую премию.

³ Л. Дюма и соавторы определили, что локус 1q21 гена DUF1220 строго ассоциирован с драматическим увеличением мозга человека в основном за счет лобных долей в ходе эволюции. Драматичность увеличения имела свою «цену», ведь именно этот локус связан с развитием специфической для человека психической патологии — микро- и макроцефалии (Dumas L. J. [et al.], 2012).

П.: Я не хогу сгитать... (пауза).

Т.: Погему?

П.: Ну... это нужно Вам, Вы и подсгитайте... (пауза).

Т.: Ок, не могли бы Вы пояснить, погему Вы не хотите посгитать? Что это знагит для Вас?

П.: Ну, понимаете, я не люблю делатъ что-то, что мне сейгас не нужно, а нужно кому-то. Погему я должен что-то делатъ для них?

Т.: Да, теперь я Вас понимаю, Вам кажется, что таким образом Вас эксплуатируют... И это вызывает протест...

П.: Да, так...

Т.: Это что-то сильное в Вас. Это умение сказатъ «Нет!».

П.: Да, Вы меня понимаете...

Т.: Спасибо... И все же сколько Вам тогда было лет?

П.: Я не буду сгитать.

Удовольствие от предвкушения смерти

Не является секретным список алкоголь-ассоциированных смертей¹. Большинство из смертей связано с алкогольным аутоагрессивным поведением, которое может быть как суицидальным, когда аутодеструктивные намерения и действия осознаются как могущие привести к смерти, так и несуйцидальным, когда аутодеструктивные намерения и действия не осознаются или осознаются как могущие привести к смерти только опосредованно: «Да, я понимаю, что нельзя пить вино, если есть цирроз, но что я могу поделатъ?!») (Шустов Д. И., 2005).

К суйцидальной аутоагрессии традиционно относятся: завершенные (фатальные) суйциды, парасуйциды (попытки суйцида, которые не завершились смертью, суйцидальные мысли, планы, намерения — суйцидальные идеации), самоповреждения (близки к парасуйцидам и отличаются от них прямо не декларируемым намерением умереть) и намеренные токсические передозировки (крайне редко встречаются).

К несуйцидальной аутоагрессии относятся многочисленные факты, собранные нами в следующие группы: аутоагрессия в виде рискованного поведения, аутоагрессия в виде антисоциального по-

¹ 1) Смерть от органических причин (цирроз, панкреатит, кардиомиопатия); 2) смерть от несчастного случая; 3) признаки интоксикации при высоком содержании алкоголя в моче и отсутствии при аутопсии других значимых причин смерти; 4) пневмония у диагностированных алкоголиков; 5) смерть от неизвестных причин у диагностированных алкоголиков; 6) суйцид (Peterson B. [et al.], 1982).

ведения, профессиональная аутоагрессия, семейная аутоагрессия, соматическая аутоагрессия, аутоагрессия, ассоциированная с психическими расстройствами неаддиктивной природы (табл. 1).

Таблица 1

Направления аутоагрессии зависимых от алкоголя лиц

№	Направления аутоагрессии	Признаки
1	Суицидальная, или классическая, аутоагрессия	Фатальный суицид, парасуицид, самоповреждение, суицидальные идеации, токсические передозировки
2	Семейная аутоагрессия	Фактор развода и состояние разведенности в настоящее время, субъективная оценка брака как неудавшегося, отсутствие детей, переживание одиночества, безысходность
3	Соматическая аутоагрессия	Наличие хронического соматического заболевания средней тяжести или множественных заболеваний, последствий ожоговой травмы, ампутации, большое количество оперативных вмешательств, ощущение комплекса соматопсихической неполноценности
4	Аутоагрессия в виде рискованного поведения	Наличие переломов (больше двух и больше четырех), черепно-мозговая травма с потерей сознания, наличие частых или единичных тяжелых несчастных случаев, осознанная склонность к риску, неопределенное отношение к риску, употребление суррогатов алкоголя (одеколона, лосьона, лекарственных настоек, технических спиртосодержащих жидкостей), отравление алкоголем с реанимационным пособием
5	Аутоагрессия в виде антисоциального поведения	Эпизодическое употребление наркотиков, провокация физического насилия (в том числе со стороны сотрудников полиции), осознанная способность к нарушению моральных норм общества, наличие судимости, подверженность частным кражам, агрессивность в состоянии опьянения, агрессивность в трезвом виде
6	Профессиональная аутоагрессия	Потеря работы в течение последнего года, отсутствие работы — статус безработного, убежденность в историческом бессмертии продуктов своего профессионального труда

№	Направления аутоагрессии	Признаки
7	Аутоагрессия, ассоциированная с другими психическими расстройствами неаддиктивной природы	Факт обращения к психиатру не по поводу алкоголизма, наличие сопутствующего психопатологического диагноза, суицидальное поведение в анамнезе, посттравматическое стрессовое расстройство, вследствие черепно-мозговой травмы, аутохтонные депрессивные эпизоды, эпизодическое употребление наркотиков, алкогольный психоз в анамнезе, пароксизмальные расстройства в состоянии абстинентного синдрома

Примечание. Признаки выделены в ходе статистической обработки большого массива случаев на основании их статистически значимой связи с классическим суицидальным поведением (Шустов Д. И., 2000).

Мы считаем, что аутоагрессивные тенденции являются значимыми характеристиками алкогольной личности, а выбор того или иного преимущественного способа аутоагрессивного выражения зависит от типологической личностной структуры и типа гамартического алкогольного сценария. Так, в диссертационной работе С. А. Новикова (2014) с использованием личностного опросника PDQ-4 (Personality Diagnostic Questionnaire for DSM-4) в модификации В. П. Дворщенко (2008) и набора сценарных посланий, выявляемых тестом Перл Дрего (Drego P., 1994), было показано, что классическая аутоагрессия при АЗ имела статистически значимые корреляции с эмоционально неустойчивым (пограничным) личностным расстройством; аутоагрессия в форме антисоциального и рискованного поведения коррелировала с диссоциальным личностным расстройством; аутоагрессия, связанная с разрушением профессиональных взаимоотношений, — с нарциссическим личностным расстройством, а аутоагрессия, связанная с разрушением семейных взаимоотношений, — с параноидным.

Отметим, что все указанные личностные расстройства предусматривают тот или иной способ расщепления и диссоциации в качестве патологической адаптации к среде (McWilliams N., 1994).

Например, известный поэт-алкоголик Аполлон Григорьев¹ (1822–1864) выраженно аутоагрессивно разрушал свою профессию-

¹ Умер от инсульта в возрасте 44 лет. Был похоронен рядом с такой же жертвой вина, поэтом и одним из лучших русских переводчиков Л. А. Меем (Шувалов А. В., Бузик О. Ж., 2015).

нальную сферу, которая при отсутствии других доходов могла поддерживать его на плаву. Уже в самом начале трудового пути его как самого лучшего ученика оставили работать библиотекарем в университете, а он, уже пристрастившись к спиртному, раздавал книги, не регистрируя их выдачу, тем самым причиняя огромный урон библиотеке. Поступив на место секретаря в совете университета, он умудрился не вести протоколов заседаний и, конечно, лишился этого места. Работая в редакции журнала «Русский вестник», он пропил редакционные деньги, переданные ему для привлечения к сотрудничеству петербургских литераторов. Аддиктивная часть Аполлона Григорьева между тем взывала, что человека надо принимать целиком: «Возьмите же меня и Вы таким, каким уж Бог меня создал» (декабрь 1847); «Надобно брать людей, каковы они есть» (февраль 1853) (Шувалов А. В., Бузик О. Ж., 2015).

«Аддикт» использует близость смерти (свое хождение по канату) в качестве шантажа или фактора создания не прямых, интенсивных игровых, то есть не осознанных в достаточной мере взаимоотношений с близкими людьми, приглашая их к исполнению ролей Спасателя, Преследователя и Жертвы в драматическом треугольнике Стивена Карпмана (Karpman S., 1968). Манипулятивно-шантажный характер поведения зависимых и использование ими собственно физиологических атрибутов аддикции — интоксикации, абстиненции и абстинентного синдрома — в качестве масок «Аддикта» при путешествии внутри алкогольного «Я» было подмечено Эриком Берном, который предлагал оставить физиологию физиологам, а психотерапевтам анализировать вполне определенные трансакции в игре «Алкоголик» (Berne E., 1964).

Вместе с тем нельзя сбрасывать со счетов и теорию регрессии. Алкоголик использует интоксикацию (иногда потенциально смертельную), чтобы достичь «дна», на котором произвольное мочеиспускание не выглядит чем-то необычным. Регрессия на ранних стадиях развития АЗ необходима, чтобы начать перестройку личности по новому образцу, то есть, используя выражение Михаила Балинта (Balint M., 1973), с «нового начала» (*new beginning*) — начала процесса выздоровления.

К какому инфантильному состоянию «Я» стремится алкоголик?

По мнению Хайнца Кохута, наркотик не служит заменителем любимых и любящих объектов или отношений с ними, а служит для замещения дефекта «Самости» («Я», «Эго») наркомана (*цит. по: Мак-Дугалл Д., 2002*).

Думается, что поход алкоголика вглубь себя¹ ориентирован на достижение стадии Субъективной Самости, когда мать частично неразделенными хорошими и плохими сторонами существовала в его примитивном «Я», когда между удовольствием и болью, либидо и мортидо еще не было жестких границ (Mahler M. [et al.], 1975). Жесткие границы патологически образуются на стадии Вербальной Самости (от 2 до 4 лет), чтобы разделить объект-репрезентации матери на «хорошую» и «плохую» части, поскольку никаким иным образом не было возможности уместить в своей голове и любовь, и жестокость, и нежность, и ненависть настоящей реальной матери. Только будучи расщепленной — или «плохой», или «хорошей» — мать могла быть терпимой. Эти две противоположные репрезентации матери, образуя в Pe_2 алкоголика две части: $P_{1(+)}$ (мать — Добрая Волшебница) и $P_{1(-)}$ (мать — Злая Колдунья), — затем трансформируются в две части расщепленного Родителя алкоголика (P_2) (см. рис. 4). Подробнее об особенностях функционирования расщепленного «Я» можно прочитать в литературе по ТА (см. Moiso S., 1985; Sterrenberg P., Thunnissen M., 1995; Туниссен М., 2000).

Незрелые части личности легко проецируются вовне, когда во внутриспсихическом пространстве борьба между ними становится невыносимой. Однако спроецировав части себя вовне, на другого — друга или близкого человека — «Аддикт» начинает преследовать и бояться или идеализировать и защищать другого, испытывая внутреннее облегчение. Механизм проективной идентификации, описанный здесь, служит для построения «психических убежищ» для патологически организованных частей «Я». Джон Стайнер замечает, что спроецированные части «Я» могут быть утрачены и постоянно пребывать в объектах, на которые они были спроецированы (Steiner J., 1993). Он полагает, что это приводит к истощению эго, более не имеющего доступа к утраченным частям. Возвращение утраченных частей возможно через разотождествление с объектом в результате процесса горевания.

Но иногда «Я» может и не вернуться.

¹ Может быть, феномен аутоэротических асфиксий (асфиксиофилия) или попытки удушения себя с целью получения сексуального удовольствия (комбинируются с приемом алкоголя, вдыханием психоактивных ингалянтов, мастурбацией, переодеванием в одежду противоположного пола и ректальной стимуляцией) (Turvey V. E., 1995) проливает свет на использование глубокой регрессии для преодоления этого первичного расщепления «Я» и восстановления связи с «разорванной» матерью. Интоксикация алкоголиков значительно упрощает этот процесс, делая излишним постановку, напоминающую суицид или эротическое убийство.

«Я на яблоне. Константин» — такую прощальную записку нашла жена пожилого человека, повесившегося на дереве, и, как она объясняла впоследствии, единственной причиной суицида мог быть отказ сына приехать к ним в деревню на праздники. Еще за 45 минут до суицида супруги сидели на крыльце и совместно чистили картошку, когда позвонил телефон. В этом случае истощенное «Я» не справилось с очередной потерей и было помещено на яблоню уже тогда, когда Константин писал записку. Мы думаем, что какое-то время на яблоне было целое, неразделенное «Я».

«Аддикт», используя проекцию, получает реальное облегчение в результате снижения интенсивности диалога между Родительскими и Детскими частями. Однако в большинстве случаев проекции возвращаются, и отнюдь не в поддерживающих терапевтических условиях, а горевание заменяется интоксикацией и регрессией.

Суицидальные импульсы присутствуют у большинства алкоголиков, но не у всех мысли немедленно реализуются через самоубийство. Эдвин Шнейдман (Schneidman E., 1996), отец американской суицидологии, считал самоубийство общим процессом, имеющим независимо от клинического диагноза собственную структуру, заключающуюся в наличии нестерпимой душевной боли, смятения и негативного давления или побуждения к действию. Шнейдман выделяет пять групп психологических потребностей, фрустрация которых объясняет большинство самоубийств:

— Неудовлетворенные потребности в любви и принятии — связаны с фрустрацией стремления к поддержке и присоединению.

— Нарушение контроля, предсказуемости и организованности — связано с фрустрированными потребностями к достижению, автономии, порядку и пониманию.

— Нарушение образа «Я» и избегание стыда, поражения, унижения и позора — связаны с фрустрированными потребностями в присоединении, самооправдании и избегании стыда.

— Разрушенные значимые отношения с возникшим вследствие этого горем и чувством потери — связаны с фрустрированными потребностями в присоединении и заботе о другом.

— Чрезмерный гнев, ярость и враждебность — связаны с фрустрированными потребностями в доминировании, агрессии и противодействии (Шнейдман Э., 2001. С. 150).

Он также цитирует своего коллегу Роберта Литмана, который утверждает, что люди совершают суицид оттого, что не могут принять своей боли — она не входит в их концепцию собственного «Я», в их чувство собственной идентичности.

Отсюда понятно, что конфликты между интроектами, раздражающие душу «Аддикта», наполняют его болью так, что он готов уме-

реть — убить себя (негативного преследующего P₃ интроекта) и быть убитым (негативным P₁ интроекта)¹.

Следовательно, алкогольное самоубийство может быть, по крайней мере, двух типов: суицид по типу «Убийство Преследующего интроекта» и суицид по типу «Самоубийство (*self-killing*)» как следствие недостатка «хороших» объектов и интроектов.

Наблюдение 3

Суицидальная записка «убийцы интроекта»:

Вить будь ты проклят вместе ...Это мое. Сам знаешь с кем. А-на.

Или (написано очень неразборчиво, карандашом, писал пьяный):

Сергей Петров! (человек, у которого он жил. — Авт.)... и меня за это если сможешь сходи к... тре Саниной и... живет Ленина д 14 кв 48... все ей объясни и покажи записку ей... если будешь хоронить если сможешь в Заборье. Ну ладно привет Юрке (брат. — Авт.) Максим пусть вспоминает хоть как-нибудь. Прощай Иван Иванов. Пусть Юрка поможет /зарли/ Сергей без сестры не кого не вызывай пока она что-нибудь не скажет прошу Отец умер из-за ... Мать тоже уби...ца — была (?) Третье сама зна... На ... тебе такой брат уж лугше не никаого не им...ть может я не прав прав, но я думаю так я хоть сделать после похорон бати, а когда мать у меня последнее терпение вышло в тем был не прав. Возьми все мое магнитофон, 2 кассеты... Ореон, остальное сама смотри а жить так хогется!!!!!!? Огень Чарли 19.10.94.16.30 на завод не говори что я повесился скажи что другое.

Обе записки носят характер преследования. Обе очень определенны, решительны, с преобладанием негативного отношения к интроектам и Самости — своему «Я» (*Это мое, На ... тебе такой брат...*). Во второй записке больше содержится амбивалентности (*...а жить так хогется!!!!!!?*), что, по мнению Шнейдмана, могло бы послужить мишенью для терапевтической интервенции.

Наблюдение 4

Самоубийство по типу «само-убийство»

Три письма: первое и второе найдены в доме, третье — в сарае, где и произошло самоповешение.

¹ Карл Менингер (Menninger K. A., 1938) утверждал, что, чтобы самоубийство совершилось, необходимо одновременное присутствие желания убить, желания быть убитым и желания умереть.

*Мать, Прости, Иван. Ищите в сарае
Простите, Люди добрые Помогите матери
23.03.94*

*У всех прошу прощение, Особенно у матери
23.03.94*

Другой вариант:

Лена! Прощай оставляю Все тебе. Прости за Все

Во Ва, Я ухажу в мир иной, Теперь уже поздно, Ничего я не понял, Тебя не обвиняю, Прощайте Все! Дорогие родные Отдайте Все Детям Извинит что задаю Вам хлопоты но Я больше немогу. Спасибо вам за все заботы. Квартиру Ленке если она пойдет хоть с кем а если нет то решайте сами. Еще раз Вова.

Непойму по сей день почему так все произошло все странно Может кто потом и объяснит

Простите за все. Плохого вроде бы никому Ниделал Ленке наказите. Ребят не забывайте дорогие мои особенно Таня хоть мы с тобой и ссорились ну это ничего. А жадным я небыл вы все знаете. Я легкой жизни не искал и искать не собирался, А может кто-то и знает почему так все произошло. Это подделка. Лена а я никакой ни колдун самого заколдовали а кто я и сам незнаю. Прости что эти месяца непомогал тысама так хотела ну это ничего расти ребят вырастут поймут а не поймут как я Тоже бог сними. А любить я тебя любил, Ты это знаешь. А сделали мне давно и на Лену необижайтесь может она ни в чем ни виновата это после рано или поздно выйдет Если за муж ни выйдет то привезайте Ее как родную если она этого хочет Лушие места не нашел Простите. Хотел зделать по другому ну ничего не вышло. Никому зла не собирался и не собираюсь делать Спасибо еще раз за все. И за все ваши хлопоты А матери вдвойне живи дольше мать. Ты мне родней всех. Мать а ты особо непереживай живи родная мы слишком просты и довергивы на до быть похитрей а мы не умеем тем более Я. Лена а я никакой ни зверь просто ты так быстро все зделала а я был не себе. Мог бы еще жить, но я уже не жилец а с большим пиццевиком я никому ни нужен кроме матери ниогу больше никого мугать. А какая бы ленка ни была Отдайте все ей она жена и у нее дети.

Прошу Вас дорогие мои родные. И все что уйдет.

Скотину поделите.

Обе записки написаны жертвой обстоятельств. Самоубийство предполагает убийство первичных Родительских репрезентаций в эго-состоянии Ребенок (Злой Волшебницы матери), связанных с незначительным маленьким Ре₁. Во втором письме автор пишет, что не понимает, «почему так все произошло», и кто-то, наверное, большой взрослый человек, «потом и объяснит». Он не исключает

и возможность колдовства, что подчеркивает его обращение к регрессивному магическому мышлению Ребенка. Несмотря на наличие матери, которой он нужен, и обращения к ней (что есть в бытке и в первом письме), а также на множество интроецированных объектов (жена, дочь, другие «дорогие мои родные»), к которым также обращается автор, он все же совершает суицид. Эдвин Шнейдман (Shneidman E. S., 1996) одной из причин самоубийств считает дефицит положительной фигуры Отца в психике суицидента. Данута Вассерман (Вассерман Д., 2005) также указывает на недостаток «хороших» объектов для идентификации алкогольных суицидентов. Вторая записка между тем не совсем характерна для суицидальной психики (*suicidal state of mind*), поскольку противоречит идее «туннельного видения» непосредственно перед суицидом. Возможно, легкое опьянение, которое так значительно влияло на пунктуацию и орфографию (не ставил точек в конце предложения, с середины предложения ставил заглавные буквы), сумело «приоткрыть шторы» (Shneidman E. S., 1996), но не спасти.

Необычность и неожиданность алкогольных суицидов поражает, хотя для большинства людей, как и следственных полицейских органов, одно лишь указание на интенсивное употребление алкоголя покойником становится достаточным, чтобы сказать: «Понятно — пил, алкоголик» — или закрыть уголовное дело, заведенное по факту самоубийства.

Еще один литературный пример иллюстрирует загадочное самоубийство алкоголика — рассказ Александра Куприна¹ «Славянская душа» (1894/1970).

«Изо всего рода человеческого, кроме самого себя, Ясь, кажется, только моего отца и удостоивал своим уважением... Из какого пункта выдвигалась его непомерная гордость — было всегда для меня загадкой... Свободные от занятий часы он проводил, лежа

¹ Александр Иванович Куприн (1870–1938), русский писатель, страдал запойным алкоголизмом, в один из пьяных скандалов спичкой зажег подол газового платья жены. Умер от алкогольной энцефалопатии, по другим данным — от болезни Альцгеймера (Шувалов А. В., 2004). В первом издании рассказа «Славянская душа» была следующая характеристика Яся: «Уже не раз замечено, что есть между простым народом опасный тип замкнутого мечтателя. Думает, думает человек, никому своих мыслей не поверяя, да вдруг и сотворит такое, что только руками разводишь. Или хватит по голове сестру родную, а сам будет с диким любопытством глядеть, как сочится кровь, либо деревню подожжет ни с того ни с сего. Какими темными, загадочными путями притекает их мысль к этим удивительным результатам — бог весть» (Куприн А. И. Собрание сочинений. — Т. 1. — М.: Художественная литература, 1970. — С. 159–167).

в полном бездействии на своем сундуке. Книг Ясь не только не читал, но искренне презирал их. Все прочитанное, кроме Библии, было, по его мнению, написано не по правде ... для того только, чтобы деньги выдуривать, а потому всякой книге Ясь предпочитал те свои длинные тягучие мысли, которые он переворачивал во время долгого лежания на сундуке...

...Ясь был очень аккуратен и старателен...

...Как-то между Ясем и новой горничной, Евкой, возник горячий спор, кончившийся состязанием в том, кто лучше и чище убереет комнаты. Мы были приглашены как эксперты и, из желания немного посердить Яся, отдали пальму первенства женщине. Мы, дети, по незнанию человеческой души и не подозревали, какой удар нанесли Ясю своим жестоким решением. Он ушел, не сказав ни слова, и на другой день всем в местечке стало известно, что Ясь запил.

...Это случалось с ним приблизительно раз в два-три года и составляло как его, так и всей нашей семьи несчастье... Пять или шесть дней мы не видели Яся и не слышали о нем. На седьмой день он явился без картуза и чемерки, страшный, растрепанный...

Собою Ясь был красавец — брюнет украинского меланхолического типа, но... много в нем было надменного, ледяного презрения к прекрасному полу. И сладости семейного очага также мало прельщали его... Впрочем, и то один только раз, он сделал попытку в этом направлении... Однажды... Ясь вошел в столовую совершенно трезвый, но с взволнованным лицом и, таинственно указывая через плечо большим пальцем правой руки на дверь, спросил шепотом:

— Можно „им“ войти?

— Кто там такой? — спросил отец. — Пусть входит.

Мы все с ожиданием устремили глаза на дверь, из которой медленно выползло странное существо. Это была женщина лет пятидесяти с лишним, в лохмотьях. Избитая и бессмысленная.

— Благословите нас, пане, вступить в брак, — сказал Ясь, опускаясь на колени. — Становись, дура, — крикнул он на женщину и потянул ее грубо за рукав.

Отец с трудом пришел в себя от изумления. Он долго и горячо толковал Ясю, что надо сойти с ума, чтобы жениться на такой твари. Ясь слушал молча, не вставая с колен; бессмысленная женщина также не поднималась.

— Так не велите, пане, жениться? — спросил наконец Ясь.

— Не только не велю, — отвечал отец, — но я уверен, что ты этого не сделаешь.

— Значит, так и будет, — сказал решительно Ясь. — Вставай, дура! — обратился он к женщине. — Слышишь, что пан говорит? Ну и пошла вон!

...Еще таинственнее и неожиданнее была его смерть...

...Однажды на вокзале, находящемся в трех верстах от местечка, повесился в уборной какой-то проезжий — хорошо одетый и не старый господин. Ясь в тот же день попросил у отца позволения пойти посмотреть. Часа через четыре он вернулся, прямо прошел в гостиную, где в это время сидели гости, и остановился у притолоки. Он только два дня отбыл срок своего покаяния в сарае и был совершенно трезв.

— Что тебе? — спросила маменька.

— Гы-гы-гы! — захохотал внезапно Ясь. — Язык-то у него наружу вылез... у пана...

...На другой день, проходя в восемь часов вечера мимо детской, Ясь подошел к моей сестренке и обнял ее.

— Прощай, доня, — сказал он и погладил ее по голове.

— Прощай, Ясь, — ответила сестра, не подымая головы от куклы.

Через полчаса к отцу в кабинет вбежала Евка, бледная, трясущаяся.

— Пане... там... на чердаке... зависився... Ясь.

На чердаке висел на тонком шпагате Ясь.

Когда следователь допрашивал кухарку, она показала, что в день смерти Ясь был очень странен.

— Станет он перед зеркалом, — рассказывала она, — сожмет себе горло руками, аж весь покраснеет, а сам язык высунет и глаза приплющит... Видно, все сам себе представлялся.

Так следователь и отнес причину смерти Яся к умственному расстройству...

Теперь, ставши почти стариком, я иногда перебираю свои пестрые воспоминания и, задерживаясь мыслью над Ясем, каждый раз думаю: какая странная душа — верная, чистая, противоречивая, вздорная и больная — настоящая славянская душа жила в Ясином теле!»

ГЛАВА 3

ПРОЦЕСС ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

3.1. «Судьба алкоголика»

Действительно ли большинство алкоголиков погибают? По-видимому, нет. Мы предполагаем, что в поле зрения наркологов не попадает огромное количество пьющих людей, среди которых, вероятно, есть большой процент зависимых лиц. По данным ВОЗ, в среднем в мире не употребляет алкоголь 54,1 % населения, при этом среди женщин – 63,2 %, среди мужчин – 45,4 %; в России эти показатели составляют 41, 50,7 и 29 % соответственно (WHO, 2013). В сельской местности ситуация еще ужаснее: 91 % населения употребляет спиртные напитки, причем 27 % делают это один раз в неделю или чаще (Кошкина Е. А., Киржанова В. В., 2013).

Всех, кто попадает в поле зрения нарколога, можно разделить на две основные группы: стационарные пациенты (те, кому необходима госпитализация, чтобы прервать запой и быть поддержанным госпитальной средой несколько недель или месяцев) и амбулаторные пациенты (те, кто избегает госпитализации в силу ряда социально значимых причин, и те, которые могут инвестировать достаточное количество энергии, чтобы поддерживать минимально необходимую трезвость, не покидая социума). Обычно первые берутся на наркологический учет и становятся «статистикой». Относительно них рассчитывается нужное число медицинских персонала, коек, зданий, медикаментов и проч. Вторых примерно в 5 или в 7 раз больше, и они на самом деле определяют алкогольную ситуацию, коль скоро действуют в социуме и не имеют диагностической стигмы. И люди первой группы, и люди второй группы имеют многочисленных страдающих близких и дальних родственников, знакомых, сослуживцев, а также случайно столкнувшихся с ними людей, например, при автоаварии или в темном переулке.

Есть и третья группа. Эта группа состоит из алкоголиков, которые избегают и стационарного, и амбулаторного лечения, живут и действуют, как не зависимые от алкоголя люди, о которых мы узнаем случайно, как, например, узнали о водителе снегоборочной машины, «подбившем» в аэропорту Внуково реактивный лайнер французского миллиардера (см. также Наблюдение 1).

Какова судьба всех этих людей?

Люди из первой группы продолжают употреблять алкоголь с разными временными промежутками между запоями. Кто-то — с колоссальной скоростью (высокой прогрессивностью), постоянно, с галлюцинациями и неминуемым трагическим финишем. У других между запоями проходят месяцы (например, запивают раз в полгода), и в периоды между запоями они создают чудесные произведения (Э. Хемингуэй, Ф. С. Фитцджеральд). Если быть справедливым, чудесные произведения создаются и в состоянии интоксикации (С. Есенин, А. Куприн): по-видимому, и «Аддикт» может творить.

Люди из второй группы находятся на различных стадиях выздоровления. Они борются с зависимостью с разной степенью эффективности, и словосочетание «выздоровление на различных стадиях» является позитивным переопределением этой борьбы. Если они не употребляют алкоголь, получив медицинскую или психологическую помощь, то они находятся скорее в состоянии терапевтической ремиссии. Если они перестают употреблять самостоятельно в силу множества причин и могут удерживать состояние трезвости более двух лет, то они находятся в состоянии спонтанной ремиссии. Термин «спонтанная ремиссия» является синонимом термина «выздоровление» или «рекавери» (англ. *recovery*).

Что же происходит с людьми третьей группы, которые употребляют алкоголь, у которых сформировалась зависимость, но они достаточно социально адаптированы и не участвуют в каких-либо лечебных программах? Эпидемиологическое исследование алкоголизма и связанных с ним заболеваний — NESARC, проведенное под эгидой *Национального института по вопросам злоупотребления алкоголем и алкоголизма США* в 2001–2002 гг., выявило, что три четверти всех зависимых от алкоголя преодолели АЗ, а три четверти из «выздоровевших» сделали это самостоятельно, без участия в программах терапевтических сообществ Анонимные Алкоголики, реабилитационных центров или в иных лечебных программах (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, NIAAA, 2006). Интересно, что в выборке зависимых от алкоголя на момент опроса 25 % оставались зависимыми; 27,3 % находились в частичной ремиссии; 11,8 % находились в полной ремиссии, но употребление ими алкоголя оставалось на уровне, который мог потенциально привести к рецидиву заболевания, или сопровождалось соответствующими рискованными поведенческими паттернами; 17,7 % находились в группе употребляющих с низким риском возникновения АЗ, а 18,2 % воздерживались от употребления алкоголя в течение года до момента исследования (вряд ли стоит называть этих людей выздоровевшими. — *Авт.*) (Dawson D. A. [et al.], 2005). Только

25,5 % респондентов когда-либо обращались за помощью в лечении АЗ: 3,1 % участвовали в двенадцатишаговых программах, 5,4 % получали только официальное лечение, а 17 % участвовали и в двенадцатишаговых и в государственных лечебных программах.

Обобщающий опыт NESARC звучит вдохновляющее, но большинство этих людей соответствовало бы критериям терапевтических ремиссий, которые иногда называют лишь формой проявления болезни в отсутствие интоксикации (Портнов А. А., Пятницкая И. Н., 1973). Профессор Юрий Владимирович Валентик в одной из своих лекций сравнивал течение алкоголизма в ремиссии с продолжающимся «подземным» пожаром на торфяном болоте, когда не видно огня, но торф горит, и случайный прохожий может провалиться в выгоревшие пустоты. Теренс Горски (2013) также пишет, что даже после десятилетнего отсутствия употребления при его возобновлении люди замечают, что стартуют не с того места, где когда-то остановились: им гораздо хуже. Возможно, столь пессимистический взгляд сформировался в кругу профессионалов, имеющих дело только с первой и второй (в меньшей мере) категорией больных. Данные NESARC показывают, что зависимость непосредственно связана с возрастом: максимальное число зависимых от алкоголя приходится на молодых людей в возрасте от 18 до 24 лет, а минимальное наблюдается после 65 лет (NIAAA, 2008). С учетом вышеприведенных данных о паттернах выздоровления респондентов NESARC можно предположить, что уменьшение числа зависимых с течением времени происходит в том числе в силу спонтанных ремиссий, но не терапевтических.

3.2. Терапевтические ремиссии.

Этапы длительной терапевтической ремиссии

Долгое время считалось, что больные с АЗ после лечения и даже нескольких лет трезвости очень редко могут перейти на умеренное контролируемое употребление алкоголя без рецидива заболевания. Это дало основание экспертам по вопросам алкогольной зависимости ВОЗ еще в 50-х гг. прошлого века заявить, что полное излечение от АЗ невозможно, возможна лишь ремиссия (Боккий И. В., 1987). Под ремиссией в отечественной наркологии понимают состояние, при котором полностью отсутствует употребление алкоголя; в зарубежной литературе это понятие трактуется более широко и включает любое улучшение в клинике зависимости (Гофман А. Г., 2013).

На фоне лечения АЗ с учетом эмоциональной составляющей выделяют неполные ремиссии, при которых у больных сохраняют-

ся аффективные нарушения и патологическое влечение к алкоголю вплоть до псевдоабстинентного синдрома¹, и полные ремиссии с отсутствием влечения, стабилизацией аффективной сферы и восстановлением личности (Гофман А. Г., 2013). По данным литературы, число неполных ремиссий в общем оценивается в 60 % (Шустов Д. И., Федотов И. А., Юрченко Л. Н., 2014). При устойчивых терапевтических ремиссиях начинает восстанавливаться и когнитивная деятельность: улучшаются память, работоспособность и продуктивность, а также происходят некоторые сдвиги смысловых установок. Однако алкогольная личность, или «Аддикт» (см. гл. 2), а также его когнитивные и эмоциональные характеристики меняются незначительно даже после десятилетних ремиссий и восстанавливаются в полной мере, чуть только употребление возобновляется (Шустов Д. И., Федотов И. А., Юрченко Л. Н., 2014). Повидимому, глубина выздоровления обратно пропорциональна возможностям «Аддикта» привлекать (оттягивать) энергию из нормативного «Я». Наиболее показательные поведенческие изменения в ходе терапевтических ремиссий, связанные с повышением качества жизни и снижением (и количественным, и качественным) проявлений аутоагрессии (Шустов Д. И., 2005). Вместе с тем, как справедливо подмечено К. Нэккенем (Nakken C., 1996), аддиктивная сторона личности маскируется, воплощаясь в несубстанционных (не связанных с приемом веществ) формах аддикции, зачастую социально одобряемых (различные хобби, собирательство, интернет-зависимость, пищевая зависимость), или симбиотическом поведении, связанном с получением заботы и внимания. Подчеркнем, что терапевтическая ремиссия, даже исходя из ее контекста, требует дополнительных и личностных, и психотерапевтических инвестиций, направленных в сторону личностного реструктурирования.

Этапы длительной терапевтической ремиссии. Наше собственное исследование в конце 90-х гг. XX и начале XXI в. (Юрченко Л. Н., Шустов Д. И., 2002; Юрченко Л. Н., Ховрачев А. П., 2007) было посвящено изучению клинико-психологических феноменов, характеризующих клинику и динамику длительной терапевтической ремиссии у зависимых от алкоголя людей.

В исследуемую группу вошли 106 зависимых, проходивших амбулаторное или стационарное лечение АЗ по традиционной для отечественной наркологии эмоционально-стрессовой методике. Практически все пациенты находились на второй стадии болез-

¹ «Пасмурные дни выздоровления», по терминологии АА, или абстинентная стадия стабилизации, могут продолжаться до 6 месяцев и более с момента прекращения употребления (Горски Т., 2013).

ни. На момент исследования 40 % имели терапевтическую ремиссию длительностью 1–2 года, 21 % – 2–3 года, 16 % – 3–4 года и 23 % – более 4 лет. В качестве контрольной группы были обследованы здоровые лица соответствующего возраста (101 человек) и 60 пациентов с алкогольной зависимостью 2-й стадии, только принятые на лечение, находящиеся на этапе диагностического интервью. Все обследованные прошли подробное клинико-катамнестическое собеседование, психологическое тестирование, позволившее оценить особенности их личности (тест на расстройства личности в описательной классификации DSM-4 – ТРЛ), и ведущие когнитивные копинг-стратегии (методики «Уровень субъективного контроля» и «Тест мотивации достижения»).

Анализ клинической картины состояния терапевтической ремиссии позволил выделить 3 ее уровня: уровень социального контроля, уровень трансферентного выздоровления и уровень перерешения. Диагностическими критериями отнесения пациента к ремиссиям определенного уровня служили оценки актуальности патологического влечения к алкоголю (полуструктурированное клинико-катамнестическое собеседование), характер сновидений, типы и интенсивность использования психологических защитных механизмов, состояние здоровья, взаимоотношения с семьей, друзьями и терапевтом, реальные трудовые и социальные достижения. При коллегиальном отнесении пациента в ту или иную группу мы специально не брали в расчет длительность трезвого периода.

Ремиссия уровня социального контроля. В эту группу вошли 43 человека.

Пациенты характеризуются полным отказом от приема любых доз спиртного и возможностью осознанного контроля своего состояния и поведения. Вслед за первоначальным периодом внутренней борьбы за воздержание от выпивки с соответствующими ему симптомами эмоционального и когнитивного дискомфорта происходит существенное облегчение симптомов патологического влечения к алкоголю. Внешне пациенты отмечают повышение настроения, вплоть до эйфории, и значительное улучшение своего личного, семейного и социального функционирования. На этом уровне ремиссии для них характерны такие высказывания, как «Изумительное состояние», «Красота – жить хочется», «Человеком стал» и т. д. Однако в провокационных ситуациях, при ощущении жажды появляется желание выпить, которое они блокируют страхом или нежеланием потерять достигнутое. Алан Марлатт и Джудит Гордон (Marlatt G. A., Gordon J. R., 1985) описывали такие 10-минутные периоды актуализации влечения, которые необходимо «переждать» – и они самостоятельно редуцируются. Довольно часто па-

циенты сообщают о ярких сновидениях с алкогольной тематикой. Родственники пациентов при данном уровне ремиссии отмечают у них усиление колебаний настроения со вспышками придиричивости, раздражительности, агрессии. Таким образом, мы видим достаточно высокий уровень активности алкогольной субличности пациента, который придает первому уровню терапевтической ремиссии явные черты амбивалентности и диссоциированности, характерные для алкогольного расщепления периода активного употребления алкоголя. Клиническим признаком внутренней борьбы пациентов в данный период является и неоднозначное отношение к другим выпивающим лицам: от ощущения своего полного превосходства над ними и сочувствия до активной пропаганды трезвости и даже агрессии. А. Грассо (Grassot A., 2012) утверждает, что для поддержания трезвости абстиненту необходимо постоянно иметь связь с положительными другими, чтобы взаимно индуцировать друг друга (например, общество Анонимных Алкоголиков). Описана и отрицательная индукция, особенно значимая для молодых зависимых лиц (Steinberg L., 2008). К часто пропускаемым признакам активности механизмов патологической зависимости относятся попытки перенаправить влечение на крепкий кофе или чай, уйти в работу или в новые, не всегда оправданные межличностные отношения.

Анализ длительности терапевтической ремиссии симптоматического контроля и облегчения симптомов показал, что у подавляющего большинства (77,7 %, $p < 0,01$) пациентов он составил от одного года до двух лет. Процент пациентов с трезвостью в два, три, четыре года и более составлял 4, 11 и 7 % соответственно, различий на статистически значимом уровне не наблюдалось.

Ремиссия трансферентного уровня. В эту группу вошло 40 человек.

Феноменология терапевтической ремиссии трансферентного уровня (другими словами, уровня психотерапевтического переноса, о котором мы поговорим в отдельной главе) представляет собой второй шаг развития трезвого образа жизни. Отказ от употребления спиртных напитков сопровождается ощущением внутреннего комфорта и благополучия, отсутствием сознательных усилий, направленных на поддержку трезвости. На этом этапе отмечается более широкий диапазон и более глубокий уровень поведенческих изменений. Пациенты характеризуются как спокойные, жизнерадостные, целеустремленные и уверенные в себе люди. В самоотчетах они отмечают улучшение эмоциональной саморегуляции, укрепление памяти, более конструктивное мышление. Происходит изменение экзистенциальных ценностей — от лозунга «Трезвость — это норма» до переоценки материальных ценностей, отношений в семье и на работе и позитивного восприятия самого себя («Я — чело-

век!»). Межличностные отношения становятся более интересными, прослеживается переход от оценочного восприятия поступков других людей к их личностному принятию. Увеличивается процент случаев, когда жена и близкие люди доверяют пациенту и не боятся, что он опять начнет выпивать. Продолжается рост социального статуса, появляется больше увлечений.

Явно гаснет аффективная насыщенность патологического влечения к алкоголю: отвращение к запаху спиртного и пьющим, сопровождавшееся ранее вегетативной симптоматикой, сменяется интеллектуальным отвращением к пьяным («общаться с ними неприятно»). Практически исчезают сновидения с алкогольной тематикой. Однако на этом фоне четко выделяются признаки вытеснения патологического влечения к алкоголю во многом за счет трансферентных реакций, направленных на психотерапевта. Большая часть этих пациентов перестает ходить на краткосрочные условно-обязательные поддерживающие сеансы самостоятельно, при этом они продолжают воспринимать психотерапевта как «страховку»: приносят цветы, поздравляют с праздниками, позитивно оценивают общение с ним, обращаются к нему за советом и помощью по поводу не алкогольных проблем, таких как нарушения сна, головные боли или иные ипохондрические проявления. Довольно отчетливо видны заместительные реакции: «Я явно заменил свободное время работой», «Теперь я много работаю», «Много времени стал смотреть телевизор», «Стал много курить» и т. д. Все заместительные реакции принимаются пациентами без внутреннего напряжения, хотя значительная часть сузила круг общения за счет исключения многих выпивающих «друзей».

Средний срок трезвости, который был необходим для формирования ремиссий на втором уровне, составил 36,24 мес. ($SD = 2,7$) (1–2 года — 16 %; 2–4 года — 40 %; 3–4 года — 24 %; более 4 лет — 20 %).

Ремиссия уровня перерешения. В эту группу вошло 23 человека.

Главным признаком терапевтической ремиссии уровня перерешения было принципиальное изменение внутреннего отношения к потреблению алкоголя, которое затрагивало не только поведенческую, но и эмоциональную и интеллектуальную составляющие. Людей из этой группы было сложно собрать — они буквально были «выловлены» для исследования. Ссылаясь на занятость, удивляясь факту звонка, не отвечая на письма, они были практически недоступны. Даже те лица из этой группы, которые приводили своих знакомых на лечение, ухитрялись забыть выполнить тестовые задания. Они длительное время (от 4 до 12 лет) не приходили на поддерживающие сессии. В беседе с ними звучали явные изменения

мировоззренческих принципов: «Стал совсем другой», «Смотрю на мир другими глазами», «Трезвость — это жизнь сама» и т. д. На прямой вопрос о происшедших с ними изменениях данные лица часто затрудняются ответить, так как «изменения произошли давно и стали естественными». Из наиболее заметных поведенческих характеристик они указывают на большую уверенность, уравновешенность и активность. Сновидения с алкогольной тематикой практически не встречаются. Семейные отношения характеризуются как нормальные, спокойные и гармоничные. В профессиональной деятельности на первый план выходят социальные достижения, творческая активность, тогда как доверие и уважение утратили свою первостепенную значимость. Работа рассматривается как возможность реализовать личностный потенциал, «кое-что» себе позволить, помочь детям, но далеко не в качестве «заменителя», позволяющего структурировать время в отсутствие алкоголя.

Катамнестические исследования показывают, что для становления ремиссии этого уровня необходимая трезвость должна быть более четырех лет (72 %, $p < 0,05$) и никак не меньше двух лет.

Особенности личности. Наше исследование не было проспективным, то есть каждый человек не отслеживался нами, проходя все 3 стадии терапевтической ремиссии. Поэтому каждую группу составляли разные люди, которые своеобразно могли характеризовать ту или иную стадию ремиссии через свои личностные характеристики.

Так, было установлено, что по мере продвижения качества ремиссии и увеличения срока трезвости увеличилось число людей без личностной патологии от 37 % на первой стадии до 57 % на третьей. Результаты еще раз подчеркивают два факта: наиболее глубокие ремиссии характерны для зависимых без личностной патологии; для улучшения уровня ремиссии необходима личностная терапия (структурные изменения личности). Наиболее тяжелая личностная патология, особенно характерная как для преалкогольной, так и для алкогольной личности — антисоциальная, пограничная и нарциссическая, — резко снижала свое представительство по сравнению с этапом диагностического интервью у контрольной группа алкоголиков на первом уровне терапевтической ремиссии и больше не встречалась на двух других. Отсюда следует, что данная личностная патология обуславливает тяжесть протекания АЗ и ее резистентность к «быстрым» методам опосредованной терапии. Также было определено негативное влияние паранойяльных личностных черт как на длительность терапевтической ремиссии ($r = 0,29$; $p < 0,05$), так и на ее уровень ($r = 0,28$; $p < 0,05$).

Зависимость когнитивной и мотивационной структуры от уровня ремиссии. Мы были вынуждены констатировать, что позитивная динамика в когнитивной структуре пациентов с АЗ отсутствовала независимо от длительности терапевтической ремиссии и клинической оценки ее уровня. В потребностно-мотивационной сфере (тест Люшера) на первой стадии ремиссии происходит изменение структуры симбиотических отношений: внимание алкоголика смещается с алкоголя на другие объекты или поведенческие стратегии (например, на профессиональную деятельность), а затем и на терапевта. В этих искусственных отношениях сохраняется типичный для синдрома зависимости механизм подавления потребности в привязанности к «значимому другому» (конечно, к матери) и в интимных контактах с ним. На третьей стадии ремиссии, когда истощаются трансферентные взаимоотношения, позволявшие на второй стадии отыгрывать потребность в привязанности, обнажается все та же базовая потребность в материнской любви, которая опять обеспечивается через уход в область мечтаний, радости и надежды. В этом смысле разница в самоотчетах и внешних характеристиках пациентов при длительной трезвости оказывается обусловленной не реальной психологической динамикой, а скорее широкими временными рамками оценки поведенческого статуса. При такой большой перспективе отдельные замещающие реакции, психопатологические паттерны отреагирования, стратегии социальной гиперкомпенсации остаются малозаметными и не привлекают внимания врача, самого больного или его родственников. К сожалению, нам не удалось констатировать достижение собственно «перерешения» сценария жизни как способности нормативной части личности отказаться от первоначальной жизненной стратегии. По-видимому, третьего этапа терапевтической ремиссии достигают личностно зрелые или «глубоко не поврежденные» люди, вооруженные целым арсеналом зрелых психологических защит, среди которых вытеснение и сублимация играют выдающуюся роль.

И все же отсутствие структурных изменений личности в когнитивной и мотивационной сферах создает потенциальную возможность срыва терапевтической ремиссии, несмотря на длительный срок трезвости. Следует отметить необходимость реальной и целенаправленной психотерапевтической работы на фоне достигнутого уровня трезвости, поскольку только внутрисемейные и социальные взаимоотношения не могут кардинально изменить внутреннюю структуру зависимости.

Терапевтическая ремиссия — это этап выздоровления, но не более.

3.3. Спонтанные ремиссии

Спонтанные ремиссии чаще называют «естественным выздоровлением» (*natural recovery*). Под этим состоянием понимают возникший без терапевтического вмешательства полный отказ от приема алкоголя или переход на контролируемое употребление без симптомов зависимости и вредных последствий (Pérez Gómez A., Sierra Acuña D. R., 2007; Mohatt G. V. [et al.], 2008). Как часто возникают спонтанные ремиссии? В табл. 2 приведены результаты исследования данных явлений.

Таблица 2

Частота возникновения спонтанных ремиссий

Исследование	Количество обследованных	Изменения
Ерышев О. Ф. [и др.], 2002	489 больных	13,2 % – спонтанные ремиссии
Bailey M., Stewart J., 1967	91 человек	13,6 % перешли на контролируемое потребление
Hasin D. S., Grant B. F., 1995	43 809 человек	67–83 % избавились от зависимости без помощи
Sobell L. C. [et al.], 1996	Две популяции: 11 634 и 1034 человека	77,5–77,7 % избавились от проблем с алкоголем самостоятельно, из них 38–63 % перешли на контролируемое употребление
Cunningham J. A., 1999	9892 взрослых мужчины	53,7–87,5 % избавились от алкогольных проблем самостоятельно
Cunningham J. A., Breslin F. C., 2004	12 555 человек	Только один из трех избавившихся от АЗ обращался за медицинской помощью

Большинство исследователей сходятся во мнении, что спонтанные ремиссии бывают намного чаще, чем терапевтические.

Чем отличаются спонтанные и терапевтические ремиссии? Или почему одни люди могут бросить пить самостоятельно, а другие – нет? А. Г. Гофман (2013) считает, что принципиальных различий между ними нет: они возникают по одним и тем же причинам у больных со схожими клинико-демографическими характеристиками, и эти показатели резко отличаются от показателей группы больных с безремиссионным течением заболевания.

Есть и различия. Большинство людей со спонтанными ремиссиями переходят в контролируемое употребление алкоголя, а с те-

рапевтическими ремиссиями — в абстиненцию (93,1 % против 62,7 %) (Saunders W. M., Kershaw P. W., 1979; Carballo J. L. [et al.], 2008), что дает основания некоторым исследователям считать терапевтические ремиссии более эффективными в плане достижения благоприятного прогноза (Weisner C. [et al.], 2003).

Безусловно, способность к контролируемому употреблению¹ алкоголя — далекое прошлое и «голубая мечта» зависимых от алкоголя лиц — часто оформляется в виде терапевтического запроса, но традиционный медицинский подход к психотерапии АЗ против такой возможности. В своей практике мы наблюдали несколько курьезных случаев, когда в результате психотерапии АЗ или на фоне психотерапевтического взаимодействия зависимый пациент понимал терапевтический запрет на употребление спиртных напитков неожиданным образом и следовал ему неукоснительно.

Наблюдение 5

Пациент А., мужчина, 38 лет, со второй стадией АЗ, понял, что запрет касается исключительно водки, но не 200 мл пива в день, и следовал этой своей стратегии три года.

Наблюдение 6

Пациентка Н., женщина, 39 лет, со второй стадией и запойной формой АЗ, поняла запрет как разрешение вместо водки употреблять 50 мл красного вина в день и следовала этой поведенческой стратегии 2,5 года.

В обоих случаях неосторожное замечание психотерапевта, что он не мог дать такого разрешения, привело к рецидиву заболевания².

¹ Существуют несколько лечебных программ такого рода, например, поведенческий тренинг самоконтроля (ПТС) — многокомпонентная поведенческая интервенция, позволяющая формировать навыки контролируемого потребления алкоголя у лиц с пагубным употреблением алкоголя без сформированного синдрома зависимости (Miller W. R. [et al.], 1983; Hester R. K., 2003); *Moderate Drinking* (MD) (Умеренное употребление) — метод компьютерной психотерапии (в виде компьютерного приложения и интернет-ресурса), основанный на принципах поведенческого тренинга самоконтроля и ориентированный на лиц, употребляющих алкоголь с пагубными последствиями, но не имеющих синдрома алкогольной зависимости (Rotgers F. [et al.], 2002; Hester R. A. [et al.], 2009; 2011). Метод MD использует протокол группы *Moderation Management* (Управление умеренностью) — группы самопомощи и взаимной поддержки для лиц, употребляющих алкоголь с пагубными последствиями. Это позволяет участникам снижать употребление алкоголя до безвредного уровня (Kosok A., 2009).

² Оба примера свидетельствуют о возможностях терапии разрешением и о способности психики зависимых к интроекции и переносу (более подробные объяснения этой терапевтической философии будут даны ниже).

Для поддержания терапевтических ремиссий необходимо больше, чем для спонтанных ремиссий, напряжение копинг-механизмов (по тесту Coping Behaviors Inventory¹): позитивного мышления, негативного мышления, отвлечения и ожидания. Отмечают необходимость интенсивной социальной поддержки, так как решение в ходе терапевтической ремиссии принималось не до конца осознанно (Carballo J. L. [et al.], 2008), тогда как при становлении спонтанной ремиссии особую роль играли когнитивные конструкты и осознанное желание (Sobell L. C. [et al.], 1993).

Иногда причины спонтанных ремиссий связывают с драматическим изменением психического функционирования, напоминающим «вторую жизнь по Вийе» у шизофреников, когда «Аддикт» внезапно умирает. Иногда подобные внутриличностные перестройки бывают связаны с появлением нового травматического опыта в Ребенке зависимого, исключая употребление алкоголя, например, ипохондрической фиксации панической атаки с развитием обсессивно-фобического невроза по типу кардиофобии или танатофобии. Иногда значимая стрессовая ситуация освобождает нормативную личность: например, мы наблюдали двадцатилетнюю спонтанную ремиссию с воцерковлением у пациента со второй стадией АЗ и антисоциальными личностными чертами после травмы головы, полученной в ходе семейного скандала. Описаны случаи спонтанных ремиссий после инфаркта миокарда или эпилептического припадка в состоянии алкогольного абстинентного синдрома. По-видимому, серьезная соматическая утрата может удовлетворить «Аддикта» и заставить его «уйти на пенсию» (Шустов Д. И., Агибалова Т. В., Федотов И. А., 2014). Хотя для «Аддикта» характерен больше стиль «работающего пенсионера», когда даже после трансплантации печени по поводу алкогольного цирроза 37 % пациентов возвращаются к употреблению алкоголя, несмотря на подписанный антиалкогольный контракт (Masson S. [et al.], 2014).

Можно ли назвать спонтанной ремиссией вынужденную многолетнюю ремиссию или долговременный осознанный план отказа от выпивок, осуществляемый рациональной личностью?

Изучению вынужденных ремиссий посвящена работа О. Б. Бесединой (2007), которая описала три этапа становления спонтанных ремиссий в условиях пенитенциарных учреждений. Первый этап длился в течение одного года и проявлялся обострением патологического влечения к алкоголю, непсихотической депрессивной симптоматикой и субстанционной (например, употреблением

¹ Методика самоотчета, предложена Глорией Литман и соавторами (Litman, G. K. [et al.], 1983).

цифира, сладкой газированной воды) формой аддиктивного поведения. Второй продолжался от одного до трех лет и сопровождался сглаживанием психопатологической симптоматики и формированием несубстанционной формы аддиктивного поведения. Третий этап начинался после трехлетнего периода воздержания с исчезновением эмоциональных расстройств, появлением устойчивой установки на трезвость, положительных намерений изменить образ жизни в будущем разнообразными видами занятий.

Джеральд Мохатт и соавторы (Mohatt G. V. [et al.], 2008) приводят похожие описания этапов выздоровления в результате осознанной самостоятельной работы. При анализе автобиографических повествований они установили, что процесс формирования спонтанной ремиссии представляет собой 5 взаимосвязанных этапов: (1) сначала человек вступает в рефлексивный процесс обдумывания своего злоупотребления алкоголем, который приводит к экспериментированию с трезвостью; (2) обычно, но не обязательно это приводит к срывам и возвращению к пьянству, анализу своих ошибок и новым попыткам поддержания трезвости. Такое балансирование продолжается до тех пор, пока процесс не достигает своей кульминации; (3) — поворотный момент, когда принимается окончательное решение «быть трезвым». Затем наступает первая фаза трезвости (4), проявляющаяся активной борьбой с желанием выпить. Она переходит во вторую фазу, при которой нет необходимости справляться с тягой к алкоголю. И (5) — человек начинает «жить полной жизнью» (*living life as it was meant to be lived*).

3.4. Выздоровление, ремиссия и излечение

Подведем некоторые итоги.

Во-первых, прекращение употребления алкоголя зависимыми лицами можно рассматривать как ремиссию течения АЗ или терапевтическую ремиссию, если длительная трезвость была достигнута с помощью лечебной среды; можно рассматривать и как спонтанную ремиссию или «естественное выздоровление», если длительная трезвость была достигнута вне лечебной среды.

Во-вторых, структуры терапевтической ремиссии, спонтанной ремиссии, и в том числе вынужденной ремиссии, не отличаются друг от друга, если основной аддиктивный процесс продолжает иметь место («пожар на торфяном болоте»). Подобный тип выздоровления известен в сообществе АА как «бег вверх по эскалатору, идущему вниз» (Горски Т., 2013). Поддержание такого выздоровления требует постоянных усилий личности и близкого окружения. Этот тип выздоровления достаточно описан как тип «минимизации вреда»,

«компромиссный», то есть требующий непрекращающихся лечебных мероприятий в стиле АА. В США согласительная комиссия Института Бетти Форд определяет выздоровление как «добровольно подерживаемый стиль жизни, характеризуемый трезвостью, личным здоровьем и гражданской позицией» (The Betty Ford Institute Consensus Panel, 2007. P. 222). Согласительная комиссия далее подробно раскрывает понятие трезвости, указывая: «Индивиды, в прошлом зависимые от опиоидов, которые принимают налтрексон, бупренорфин или метадон в соответствии с назначениями врача и воздерживаются от алкоголя и других наркотиков, не назначенных врачом, удовлетворяют определению трезвости. Аналогично индивиды с алкогольной зависимостью, принимающие акампросат или налтрексон по назначению врача для снижения влечения к алкоголю, но воздерживающиеся от приема алкоголя и прочих не назначенных врачом медикаментов, также удовлетворяют определению трезвости, данному согласительной комиссией» (Там же. С. 224).

Согласительная группа по выздоровлению Комиссии Соединенного Королевства по вопросам политики в области наркотиков (UK Drug Policy Commission Recovery Consensus Group) понимает под выздоровлением «...добровольный контроль над употреблением психоактивных веществ, который приводит к максимальному улучшению здоровья и благополучия, а также к участию в осуществлении прав, выполнении ролей и обязанностей, предусмотренных обществом... Существуют различные пути, ведущие к выздоровлению, включая медикаментозно-поддерживаемую трезвость» (UK Drug Policy Commission, 2008. P. 6).

Позже мы подробно остановимся на стадиях процесса выздоровления первого типа.

В-третьих, существует и другой тип выздоровления (второй тип), особенно характерный для молодых зависимых людей; для людей, никогда не обращавшихся за терапевтической помощью по вопросам зависимости; для людей, прошедших психотерапию, связанную с изменением личностной структуры; для зависимых, прошедших краткосрочную психотерапию, но сумевших самостоятельно добиться успехов и излечиться¹. Выздоровление в этом смысле строится на трех главных принципах: благополучии, гражданской позиции и свободе от зависимости («Стратегия Соединенного Ко-

¹ Именно о такой возможности идет речь в меморандуме АРА (2013) об эффективности психотерапии, где «пациенты, получающие психотерапию, приобретают ряд навыков, которые используются ими по окончании лечения, и, как правило, могут продолжить совершенствовать их после завершения лечения» (P. 213).

ролевства в области наркотиков», NM Government, 2010). Выздоровление здесь — это «процесс, с помощью которого индивид может продвинуться от проблемного наркопотребления к свободному от наркотиков стилю жизни как активный и плодотворный член общества» (The Scottish Government, 2008. P. 23). Основное различие между первым и вторым типами выздоровления заключается в характере процесса: при первом типе выздоровления — это контролируемый болезненный процесс; при втором — процесс самоосуществления, который был заблокирован аддикцией. Второй тип выздоровления Эрик Берн называл излечением (*cure*) или достижением автономности и освобождением от патологического сценария жизни. Сценарий жизни больше, чем аддиктивный процесс. Аддиктивный процесс начинается и вырастает на уже «унавоженной почве» сценария. Процесс самоосуществления больше, чем сценарий. Он присущ каждому человеку с рождения и древними греками был назван «физисом». Наиболее полно самоосуществление как поступательный процесс, который в разные возрастные периоды выступает то как хорошее самочувствие, то как переживание завершения детства, то как самореализация в зрелости, то как чувство исполненности в старости, описала Шарлотта Бюлер (1893—1974) — автор биографического метода в психологии. Самоосуществление, по Ш. Бюлер, это врожденное стремление человека (Bühler Ch., 1962). С ее точки зрения, плохое воспитание может извратить или подавить это стремление, и тогда возможно развитие невроза. Плохое воспитание, влияющее на самоосуществление, искажающее его, согласно Эрику Берну, есть не что иное, как «скрипт», или сценарий жизни. Сценарий жизни формируется в раннем детстве под воздействием родительских «посланий»: невербальных (предписаний и разрешений) и вербальных (контрпредписаний и программы). Ребенок формирует сценарий произвольно с целью выжить в первый год своего существования (о необходимости выживания сигнализирует отсутствие надлежащей заботы матери), а затем наилучшим образом приспособиться к родительской семье. На клиническом уровне этой адаптации (сценарию) будет соответствовать тот или иной тип личности, а в патологических случаях дисфункциональных семей — то или иное личностное расстройство (гл. 2). Выздоровление по типу «бега вверх по эскалатору, идущему вниз» ограничено сценарием, который не дает личности достигнуть подлинной свободы. По этому поводу Т. Горски (2013) замечает: «...движение АА само по себе было не свободно разрешить проблемы, тянущиеся с самого детства... В Двенадцатишаговой программе не разработан специфический шаг для разрешения проблем позднего выздоровления. В 1935 г. основатели программы не знали

об обширном влиянии, которое детский опыт оказывает на взрослую жизнь» (С. 64).

Именно поэтому необходимость индивидуальной глубокой, реконструирующей личность психотерапии не оспаривается. Фактически речь идет о психотерапии ранних сценарных решений Маленького Профессора (B_1) или о личностно ориентированной психотерапии. Однако об этом будет говориться в главах, посвященных лечению.

3.5. Этапы выздоровления первого типа

В качестве примеров выздоровления первого типа мы хотели бы привести известную транстеоретическую модель (Prochaska J. O. [et al.], 1994), предложенную для характеристики этапов изменения. Этапы изменения здесь — это этапы выздоровления, заканчивающиеся этапом завершения. Исходной гипотезой авторов модели было убеждение, что огромное число зависимых лиц, изменивших себя, никогда не прибегало к услугам психотерапевтов, они выздоровели сами, ориентируясь на собственные ресурсы и «суровый опыт» окружающих. Авторы изучили эти стратегии и предложили модель, состоящую из следующих этапов: этап сопротивления изменениям, этап размышлений, этап подготовки, этап действий, этап сохранения изменений, этап завершения. Другая исходная гипотеза состояла в том, что многочисленные тренинги и сеансы кратковременной психотерапии приглашают клиентов измениться, то есть действовать и отказаться от пагубной привычки, тогда как клиенты могут находиться еще на этапах сопротивления, размышления или подготовки и быть не готовыми действовать, поэтому возможны срывы и рецидивы. Последние возможны и на стадии закрепления изменений, если работа по закреплению недостаточна, а также и на стадии завершения, если, например, произойдет личное несчастье — смерть близких. Поэтому авторы как один из возможных, но не обязательных предусматривают этап рецидива, который должно воспринимать не трагедийно, а творчески, извлекая «десять уроков» с последующим повышением эффективности работы по выздоровлению.

По нашему мнению, модель Джеймса Прохазки и Карло Дикленте (так она известна больше по ранним работам авторов) нормализовала значимость рецидива, рассматривая его как этап на пути к выздоровлению, а не как препятствие, а также призвала терапевтов учитывать внутреннюю работу клиента или стадию, на которой он находится, чтобы соответственно каждой стадии использовать терапевтические вмешательства и облегчать собственную работу клиента по изменению.

Транстеоретическая (справедливая для разных терапевтических техник, универсальная) модель предусматривает и набор вмешательств, оптимизирующих продвижение по кругу изменений. Модель была протестирована в проекте MATCH (Callaghan R. C. [et al.], 2007), где не были подтверждены основные положения модели о том, что пациенты, находящиеся на стадии действий, в ходе антиалкогольной терапии улучшат свои показатели (количественно снизят ежедневное потребление алкоголя и/или увеличат количество дней воздержания от приема алкоголя) по сравнению с пациентами, находящимися на стадии размышлений. Однако «зеркальная» работа, сделанная в Англии (Heather N. [et al.], 2009), наоборот, подтвердила эти положения транстеоретической модели.

С точки зрения выздоровления первого и второго типов нас интересует этап завершения. В качестве критериев полного выздоровления авторы выделяют: 1) новый образ «Я», 2) отсутствие соблазна в любой ситуации, 3) устойчивую самоэффективность, 4) более здоровый образ жизни (Prochaska J. O. [et al.], 1994).

Первый критерий в описании авторов состоит в соответствии образа «Я» новому поведению, поскольку на этапе сохранения изменений клиенты заявляют, что, несмотря на успешное решение проблемы, они еще не чувствуют, что это *их* изменение (Prochaska J. O. [et al.], 1994). Именно этот критерий отличает первый тип изменений от второго и знаменует отказ от патологического сценария жизни.

Второй критерий — отсутствие соблазна посещать рестораны, бары и винно-водочные магазины. Как пишут авторы, это «верный признак завершения» (Прохазка Дж. [и др.], 2013. С. 294). Некоторые клиенты, выходя из терапевтического офиса после процедуры краткосрочной психотерапии, специально идут в распивочную убедиться, что запахи и атрибуты не вызывают влечения (тяги), как раньше. Для них является убедительным критерием то, что «код» («запрет», «разрешение» не пить) эффективно его, клиента, «держит». Фактически это бывает в 80 % случаев, но вряд ли это завершение, скорее, «облегчение симптомов», для которого не требуется длительного лечения.

Третий критерий — самоэффективность, когда клиенты бывают уверены, что смогут справиться с опасными ситуациями без угрозы срыва (этот период наступает через 1–3 года абстиненции). Авторы говорят, что, используя критерий стопроцентной самоэффективности и нулевого соблазна в любых рискованных ситуациях, они нашли, что этапа выздоровления достигли 16 % бывших курильщиков и 17 % бывших алкоголиков.

Более здоровый образ жизни — самый спорный критерий, если не наполнить его конкретикой. Наши данные позволяют утверж-

дать, что по мере роста уровня ремиссии снижается количество аутоагрессивных актов — рискованных отыгрываний, попыток самоубийства и самоповреждений (Шустов Д. И., 2005).

Если модель Дж. Прохазки и К. ди Клементе отражает динамику выздоровления в индивидуальной или самоорганизованной терапии, то модель Теренса Горски (2013) отражает динамику выздоровления от «простой абстиненции к осмысленной и комфортной трезвости» в терапевтическом сообществе (Горски Т., 2013. С. 3). Под трезвостью Горски понимает не только воздержание от употребления, но и возврат к полному физическому, психологическому, социальному и духовному здоровью. Вместе с тем подчеркивается, что полный возврат затруднен; что контролируемо, как раньше, употреблять алкоголь не получится; что трезвость должна постоянно поддерживаться даже на самых последних стадиях выздоровления.

Весь процесс выздоровления проходит шесть стадий, на которых решаются специфические задачи и которые соотносятся с последовательной работе в Двенадцатишаговой программе АА. Данный алгоритм выздоровления, его психолого-философское обоснования и замечательные метафоры, выработанные в течение десятилетий сообществом АА, представляют собой несомненную общечеловеческую ценность.

Остановимся на стадиях подробнее.

На первой стадии («Переход») необходимо признать факт наличия зависимости как заболевания, которое невозможно контролировать (контролируемо употреблять алкоголь) и разрушительное влияние которого невозможно игнорировать, используя психологический механизм отрицания (различные виды и способы отрицания¹

¹ Различают: 1) абсолютное отрицание («У меня нет проблем»); 2) преуменьшение («Я пью мало, я знаю, что это проблема, но она не настолько серьезна, как думают другие»); 3) уход с помощью отказа («Я буду говорить о чем угодно, только не о моем пьянстве»); уход с помощью забалтывания («Я буду говорить о чем угодно, только не о моем пьянстве, и я заговорю тебя до смерти»); 4) уход с помощью скандала («Попробуй только скажи еще что-нибудь о моем пьянстве»); 5) поиск козла отпущения («Я пью только из-за своей жены/начальника и проч.»); 6) рационализация («Когда мне указывают на мое пьянство, я могу обвести вокруг пальца любого, приводя доводы в пользу употребления»); 7) интеллектуализация («Проблема употребления уходит в наше социокультурное...»); 8) сравнение («Я пью не так много, как мой начальник, а у него нет проблем»); 9) постановка себе безнадежного диагноза («Я слишком далеко зашел в своем алкоголизме, мне ничто уже не поможет»); 10) перелет в здоровье («Я чист и трезв уже 25 минут, я понимаю, в чем моя проблема, много знаю, чтобы когда-нибудь вернуться к употреблению»); 11) обусловленная трезвость («О, я знаю, как ужасна будет моя жизнь, если я снова буду употреблять, я могу умереть, поэтому я никогда не

распознаются и конфликтуются). Первая стадия отражает 3 первых шага АА (см. Большую Книгу АА). «Переход» будет достигнут, когда произойдет признание собственного бессилия перед заболеванием и необходимости помощи, а также когда алкоголик позволит оказать ему помощь¹.

На второй стадии («Стабилизация») происходит выздоровление от подострого абстинентного синдрома («сухого пьянства» или «трезвости с побелевшими кончиками пальцев»²) с помощью поддержки во время посещения собраний АА (90 собраний за 90 дней)³, индивидуальной интенсивной поддержки в форме «спонсорства» (при помощи более продвинутого на пути выздоровления члена терапевтического сообщества) и лозунгов, разработанных, чтобы прервать зависимое мышление (Горски Т., 2013). Так, членам сообщества сообщается, что они не должны быть слишком голодными, разгневанными, одинокими и усталыми, могли выразить свои эмоции на собрании и могли жить одним днем, «мести свою сторону улицы» и т. д. На этой стадии происходит преодоление озабоченности вещами» (или преодоление актуализации ПВА) путем работы над эйфорической памятью, позитивными ожиданиями от будущей выпивки, одержимостью (неспособностью прекратить думать о хороших эффектах алкоголя), компульсивностью; путем выработки умений управлять триггерными событиями. Фактически используются подходы психической «вентиляции» (рассказ о своей истории в поддерживающем окружении группы, сессии со спонсором) и когнитивно-бихевиорального тренинга (написание дневника, написание своей истории и обсуждение написанного в группе, изучение нехимических способов переживания стресса, тренинг решения проблем). Стадия длится в среднем от 6 до 18 месяцев.

буду употреблять! Но тогда зачем мне лечиться?»); 12) уступчивость («Я сделаю все, что ты хочешь, только отстань»); 13) манипуляция («Я позволю тебе помочь мне, если ты будешь делать то, что я хочу. А если ты будешь заставлять меня делать то, что я не хочу, то я пойду и напьюсь»); 14) демократическая поддержка болезни («Я имею право допить до смерти, даже если я алкоголик и даже если я умру») (Горски Т., 2013. С. 13–15).

¹ У пограничных личностей попытка оказать помощь (например, физически удержать во время попытки суицида или нанесения самоповреждения) со стороны другого вызывает так называемый «талионический импульс» — безудержную яростную агрессию, психологическое же удержание вызывает отгрывание в форме побега (см. Masterson J., 1976).

² Термин АА.

³ «Если ты приносишь свое тело на достаточное количество собраний и проводишь время с достаточным количеством других трезвых алкоголиков, программа сама входит в тебя» (Горски Т., 2013. С. 24).

Показатель завершения стадии «пасмурных дней выздоровления» — это преодоление физической зависимости и достижение кратковременной социальной стабилизации, «создание маленького островка здравомыслия» в жизни алкоголика.

На третьей стадии («Раннее выздоровление») в полной мере актуализируется мышление на фоне явного снижения ПВА, происходит «демистификация» процесса выздоровления, то есть понимание его в контексте синдрома зависимости. На фоне социальной стабилизации, явного улучшения физического и психического состояния на первый план выходят проблемы алкогольного расщепления: «Аддикт» или «Зависимое Я» начинает конкурировать с «Трезвым Я», поэтому терапевтические процедуры концентрируются вокруг диалога двух «Я» с сознательным переводом диалога из внутреннего плана во внешний. Ретроспективный взгляд на свой жизненный путь в контексте алкогольного расщепления способствует здоровому перераспределению энергии в пользу «Трезвого Я». Специально структурированные групповые тренинговые занятия способствуют высвобождению связанной энергии, концентрирующейся вокруг диссоциированного травматического опыта — следствия недавнего поведения в состоянии интоксикации. Фактически проводится работа с посттравматическим стрессом, алкоголик в поддерживающем, безопасном окружении приглашается к повторному переживанию многочисленных травмирующих ситуаций с выражением чувств боли, стыда, вины с целью эмоционально принять свою зависимость, «не сожалея о прошлом и не пытаясь закрыть за ним дверь». В период раннего выздоровления зависимые работают по Шагам АА с 4-го по 7-й, которые связаны с процессами внутренних изменений и конфронтацией грандиозности.

На четвертой стадии («Среднее выздоровление») «островок здравомыслия»¹ должен быть расширен на все другие области жизни. Основная трудность на этом этапе — преодоление разочарования и депрессии с чувствами слабости и безнадежности. В сообществе обозначают это «кризисом деморализации»: «Трезвость для чего? Почему я до сих пор остаюсь трезвым, если у меня столько проблем?» Многие посещают собрания АА, чтобы «проветривать свои несчастья», спрятаться «за программу», будучи неудовлетворенными взаимоотношениями в семье и на работе. Любой период выздоровления — ответственный, но именно этот — переломный. Сможет ли зависимый человек сбалансировать свою жизнь, сделать

¹ Термин АА, который характеризует отказ от «алкогольного безумия», заключенного в стереотипе: «действуем импульсивно, сожалеем о том, что было сделано, и обвиняем в этом кого-то другого» (Горски Т., 2013. С. 15).

ее предсказуемой, справляться с повседневными трудностями и кризисами? Продолжается работа по восьмому и девятому Шагам АА. Зависимых приглашают «загладить вину» перед людьми, которым был нанесен вред, произвести «оплату по счетам». Продолжается тренинг эффективного решения проблем и создания уравновешенного стиля жизни: ограничение приема бытовых химических стимуляторов, то есть кофе, сигарет, крепкого чая; повышение роли физической активности и участия в социальной жизни. Если это достигается и поддерживается длительное время, то можно говорить о качественной ремиссии без ощущения счастья.

На пятой стадии («Позднее выздоровление») зависимые встречаются с неразрешенными проблемами детства, которые ограничивают их дальнейшее движение. Одной из главных задач этого периода является осознание вклада родительской семьи в формирование зависимости. Мы сказали бы — осознание наличия некоего жестко определенного плана жизни, с которым проще откатиться назад, чем двигаться вперед, — сценария жизни. Интересно, что в сообществе АА как бы игнорируется преморбидная личностная структура, поскольку до этого этапа она не была важна, — решались проблемы алкогольной личности, и только теперь личностная ограниченность выздоравливающего выходит на первый план. Однако и здесь происходит игнорирование собственной ответственности за то, какой личностью ты стал. Ответственность смещается на дисфункциональную родительскую семью. Проблемы детей из дисфункциональных семей решаются на уровне профессиональной психотерапевтической помощи. Дети из здоровых семей проходят эту стадию быстрее. Стадия заканчивается, когда выздоравливающий, происходящий из дисфункциональной семьи, понимает истоки своих настоящих взрослых проблем; знает, куда с ними обращаться (имеет опыт психотерапевтической работы); умеет решать текущие социально-бытовые проблемы, «несмотря на препятствия, вызванные тем, как нас воспитали» (Горски Т., 2013. С. 4). Выздоровление в этом смысле — процесс смены одного набора проблем на другой, лучший (Горски Т., 2013). Так какие же проблемы типичны для зависимых на стадии позднего выздоровления? Т. Горски описывает 10 таких проблем.

1. Затруднение в решении собственных проблем при полном понимании того, как другой мог бы решить подобную проблему. Горски приводит пример Джека, получившего родительское предписание «Не будь успешным в решении собственных проблем» и живущего по этому предписанию. Однако данная проблема не является «зависимо-типичной». Любая личностная проблема плохо осознается в связи с ее эмоциональной насыщенностью и недоста-

точными ресурсами Взрослого эго-состояния на момент ее «получения», чтобы обеспечить необходимую эго-дистонность. Эта проблема «не видится» и родственниками, вовлеченными в ситуацию эмоционально. Она видится с расстояния: трудно хорошо постричь себя и уже совсем невозможно произвести на себе сложную хирургическую операцию, чтобы себя вылечить. Нужен посторонний эксперт и лично не вовлеченный психотерапевт.

2. Невозможность управлять чувствами. Фактически опять описываются неспецифические для зависимых детские травматические события, которые хорошо лечатся психотерапевтически.

3. Неизменные привычки. Описывается обсессивно-компульсивная установка и стремление к «совершенству в мелочах». Это вид психологической защиты («следование контрпредписанию» — см. АСЖ), позволяющей избежать более опасного поведения или болезненных чувств.

4. Потребность заботиться о других или спасти их. Очень хорошо описана в работах Э. Берна. Отражает вовлеченность в игры в рамках Драматического треугольника (Спасатель — Жертва — Преследователь) для продвижения сценария жизни. Требуется психотерапия сценария и новое решение.

5. Потребность все тихо улаживать и делать то, чего ожидают окружающие. Т. Горски описывает Джерри, получившего предписание «Не выделяйся» и «Не будь важным». Ситуация типична для многих людей, а не только для зависимых лиц.

6. Стремление развлекать других и отвлекать внимание от трудностей. Скорее, речь идет о защитном поведении по драйверу «Угождай другим» (см. АСЖ). Но более глубокий пласт — это так называемый «смех висельника» — попытка скрыть смертельный страх за вышучиванием. «Смех висельника» конфронтруется, не оставляется без внимания, поскольку часто служит прикрытием суицидальных намерений и предписания «Не живи, не существуй» (см. АСЖ). Требуется либо поддерживающая психотерапия в рамках кризисного вмешательства, либо реконструктивная долговременная психотерапия в безопасных с точки зрения суицидальных отыгрываний условиях, например заключение антисуицидального контракта (Шустов Д. И., 2005). Это ситуация, типичная для зависимых, но, конечно, не только для них.

7. Потребность в умиротворении и достижении мира любой ценой. Т. Горски описывает ситуацию Эллиота, приученного быть в ответе за чувства гнева своих родителей, за их благополучие и бесконфликтное существование. Эллиот получил предписания «Не будь ребенком» и «Не чувствуй гнева». Ситуация требует реконструктивной психотерапии уже из-за того, что в один прекрасный

момент подавленный гнев может быть отыгран через самоубийство или убийство (акт агрессии).

8. Потребность принимать на себя обвинения в возникновении проблем у других людей. Напоминает ситуацию Эллиота как козла отпущения. Поведение по этому сценарию может скрывать проблемы «детей-урн», аккумулирующих всю негативную энергию семьи или даже рода (Шутценбергер А., 2001).

9. Потребность действовать наперекор, нарушать правила и создавать проблемы. Т. Горски приводит пример Джейка — зависимого с антисоциальным поведенческим паттерном. Основные предписания — «Не живи», «Не будь близок», «Не доверяй». Предписания связаны с ранней потерей (может быть, брошенностью), боль от которой «покрывается» антисоциальным поведением, которое тесно ассоциировано с зависимым поведением и является, по мнению многих, основной характеристикой преалкогольной личности (см. гл. 2).

10. Потребность обвинять других в своих собственных проблемах. Поведение Преследователя с «внешним локусом контроля» — свойство преалкогольной личности. В основном это та же ситуация, что и в случае Джейка.

Заключительным этапом выздоровления является поддержание осознания своей зависимости для проведения ежедневной «инвентаризации» поведения и эффективного решения проблем. Утверждается, что зависимые не могут стать «бывшими алкоголиками», поскольку болезнь находится в состоянии ремиссии и никогда не может быть излечена. В период дистресса симптомы подострого абстинентного синдрома и зависимое мышление могут вернуться даже со стадии поддержания.

3.6. Выздоровление второго типа

Алкогольный сценарий жизни

Выздоровление второго типа — это автономность (см. гл. 2) и свободная самореализация без навязанной в детстве адаптации к миру и родительской семье. Да, адаптация может быть функциональной и не мешать дальнейшему развитию, но может быть и патологической, то есть вынужденной или совершенной под влиянием обстоятельств, которые не дано избежать или исправить маленькому ребенку. Эрик Берн (Berne E., 1972) назвал эту адаптацию сценарием жизни или долговременным жизненным планом, основанным на интроекциях или решениях, принятых под давлением на каждой стадии развития.

В самом первом приближении мы сталкиваемся со сценарием, когда вдруг обнаруживаем «внутреннюю стену» у нашего клиента, за которую он активно не пускает нас (Наблюдение 2) и понимаем фактор «психотизма» Айзенка, когда человек предпочитает действовать алогично, а не логично. Со сценарием мы сталкиваемся, когда чувствуем свою ограниченность, когда выученному поведению нового типа (вне употребления алкоголя) уже недостаточно позитивных или негативных подкреплений среды или сообщества, и мы говорим, что дальнейшее продвижение в выздоровлении уже невозможно без решения проблем детства. Об активном сценарном решении, сделанном под давлением самим будущим алкоголиком, мы говорим, когда сталкиваемся со случаем двух однойцевых близнецов — людей с одинаковым генетическим набором и условно одинаковыми моделями воспитания в родительской семье, когда один, по имени Петр, становится успешным бизнесменом, а другой, Павел, становится алкоголиком и работает у брата шофером. Что послужило материалом для выбора двух разных сценариев жизни? В данном случае Петр родился первым и был любимцем отца, был назван в честь деда, который прожил долгую и яркую жизнь, а Павел родился на 5 минут позже и был назван в честь брата матери — талантливого путешественника и алкоголика, который сгинул в сибирской тайге. Есть и еще множество нюансов, влияющих на выбор судьбы.

Так или иначе, если патологический сценарий не преодолен и предусматривает скорую неестественную смерть, неважно, употребляет ли человек водку, героин или его «Аддикт» «химически чист», — он найдет другой способ погибнуть: или в Альпах, или зазевавшись на пешеходном переходе.

Любой сценарий имеет завершение, финальный аккорд после выкуренной «последней сигареты». Э. Берн утверждал, что, уже будучи маленьким, ребенок «планирует» свою смерть в самом общем виде и, взрослея, вносит в этот первоначальный план недостающие коррективы. Сегодня, через 45 лет после смерти Э. Берна¹, мы можем привлечь некоторые современные концепции функционирования мозга, чтобы подтвердить эту идею. Например, концепция опережающего отражения или предвосхищения результатов действия утверждает, что мозг, действуя по аналогии, постоянно обращается к памяти об уже достигнутой подобной или ранее запланированной модели. В психофизиологии механизм опережающего отражения или предвидения будущего был открыт учеником И. П. Павлова Петром Кузьмичом Анохиным и назван им «акцептором результатов действия» — АРД (Анохин П. К., 1962; Судаков К. В., 2011), струк-

¹ Умер в 1970 г.

турой, формирующейся в процессе индивидуального развития и планирующей идеально возможный и приемлемый для данного организма результат. Смерть рассматривается как необходимый результат жизни, а логика смысла и основных стратегий жизни должны содержать представления и о процессе завершения жизни — уникальном, как многое в человеческом измерении, процессе, вплоть до универсального момента темноты и исчезновения сознания (Шустов Д. И. [и др.], 2013). Коль скоро образ смерти существует в психике в виде АРД, деятельность мозга выстраивается относительно него, и все поступки: куда идти, с кем встречаться, на ком жениться — сверяются и получают одобрительную лицензию со стороны АРД.

Наблюдение 7

Выдающийся русский поэт Николай Рубцов, тяжелый запойный алкоголик, и нагнающая поэтесса Людмила Дербина «нашли» друг друга как жертва и убийца, как несостоявшиеся супруги. И он, и она предчувствовали (неосознанно планировали?) трагизм их связи, предчувствовали и ее конечный результат, открыто говорили об этом результате, даже указывая приблизительную дату. Но не могли свернуть с запланированного пути, подобно герою писателя-мистика П. Д. Успенского Ивану Осокину, который полугил возможность повторно прожить свою жизнь и, зная о ее трагедиях, не сумел избежать ни одной из них (Верге Е., 1972). Николай Рубцов предрекал: «Я умру в крещенские морозы». Он был задушен¹ женой — поэтессой Л. Дербиной — именно 19 января (в этот день они должны были зарегистрировать свой брак) после продолжительной выпивки во время агрессивного скандала. Строки Дербиной, написанные задолго до смертельной ссоры, иллюстрируют «запланированность» трагического события: «О как тебя я ненавижу / И как безудержно люблю, / Что огонь скоро (я предвижу) / Забавный номер отколю!» И далее: «Когда-нибудь в пылу азарта / Взовьюсь я ведьмой из трубы / И перепутаю все карты / Твоей блистательной судьбы». Это стихотворение фигурировало в качестве доказательства намеренности убийства на суде в Вологде. Уже после смерти поэта и семи лет лагерей она написала: «...Но был безумец... мною увлеченный / Он видел бездну, знал, что погублю, / И все ж шагнул светло и обреченно / С последним словом „Я тебя люблю“².

¹ Согласно версии Дербиной, ссылающейся на мнения известных патологоанатомов, Рубцов умер от сердечного приступа во время удерживания его Дербиной.

² Уже умирая, по словам Дербиной, Рубцов сказал: «Я тебя люблю». Дербина утверждала, что не душила маленького и шуплого Рубцова, а лишь удерживала его от пьяной агрессии, навалившись на него (Рубцов Н. М., 1994).

С позиций теории «синаптического прунинга» или значительной утраты серого вещества за счет отмирания неэффективных синапсов (50 % нейронов утрачиваются с момента рождения до 25 лет (Low L. K., Cheng H.-J., 2006)) становится понятным, каким образом формируется жесткая сценарная структура в головном мозге. Уже с раннего детства начинают отмирать не востребуемые нейронные сети и связи, которые могли бы по-иному определять будущую личность и ее жизнь. Возможно, этот выбор генетически предопределен в том, что касается развития каких-то кардинальных человеческих измерений, хотя имеется множество доказательств (феномен Маугли¹), что человек, выживший в джунглях, является таковым лишь формально и уже не поддается «очеловечиванию» в условиях общественной среды (феномен Каспара Гаузера²). Поэтому на определенном этапе (до 3 лет) матрица выбраковывания в будущем ненужных синаптических соединений между нейронами и их сетей зависит от свободного выбора Ребенка (Маленького Профессора из гл. 2), ограниченного только набором стандартов, предоставляемых ему родительским (или ухаживающим) человеческим окружением. Так формируется и закрепляется жесткая структура сценария. Хотя неправильно думать, что нет других альтернативных выборов, существующих, но неактуальных нейронных сетей, на которые человек мог бы «переключиться» в случае необходимости³.

Каким образом необходимость принятия алкоголя в убийственных количествах закладывается на ранних этапах формирования сценария жизни? Вряд ли внимательный трехлетка, который просит налить ему компота, когда взрослые пьют коньяк, или налить воды, когда взрослые пьют водку, способен прочувствовать другую отличительную особенность «взрослых» напитков. Хотя почему и нет?

Метафорически первые этапы формирования алкогольного сценария можно сравнить с подземным ростом зерна. Рост возможен, если зерно попало в землю, а не в несвойственную ему песчаную

¹ Одноименная сказка Р. Киплинга про мальчика, спасенного и воспитанного стаей волков в джунглях Индии.

² Реальный «найденш», воспитание и образование которого потерпели фиаско.

³ Например, один из основоположников нарративной психотерапии Майкл Уайт (White M., 2007) сформулировал идею «уникального эпизода» как опыта поведенческих, коммуникативных актов, переживаний и мыслей, находящихся на периферии основной линии биографических самоописаний людей. Выявляя «уникальные эпизоды», нарративный психотерапевт помогает человеку увидеть в его прошлом более предпочтительный для этого человека опыт и распространить его на настоящее и будущее.

среду, если есть какая-никакая влага, немного воздуха и прочее — тогда закладывается структура сценария, или «первичный протокол», по Берну. На этом этапе не важно, попало ли зерно на крышу церкви или в зону роскошного парка: нужен некий минимум для выживания. Другое дело, что земля бедна органикой, а вода содержит толику кислоты, — зерно все равно выживет, хотя и будет уступать в будущем другим растениям. Так и ребенок: он выживет, но сформирует первичное мнение о своей ненужности или нужности, коль скоро от него попытаются избавиться через аборт или, наоборот, будут питать и лелеять. По выходе наружу, встретившись с окружением, и зерно, и ребенок очень скоро подтвердят свою изначальную правоту: зерно «поймет», что оно на крыше заброшенной церкви рядом со смердящим заводом, а ребенок обнаружит, что он в доме малютки, где много других, но нет любви.

Открытие системы вознаграждения помогло понять, как изменение психологического роста может сказаться на синаптическом и нейронном росте — фундаменте алкогольного сценария жизни. Например, Мартином Тейчером (Teicher M. [et al.], 2012) из Гарвардского университета было установлено, что у детей, переживших агрессию и стресс, повышенный уровень кортизола снижал рост нейронов в гиппокампе в области, ответственной за систему вознаграждения, что приводило впоследствии к злоупотреблению алкоголем и наркотиками. Поэтому встреча со спиртным для такого ребенка будет сродни открытию Колумба: существует вещество, способное обеспечить ощущение счастья, нужности и любви даже найденышу из детского дома. Во сколько лет состоится эта встреча? Иногда в 7–10 лет. Дальнейшее — «дело техники» Маленького Профессора, отрицательного Естественного Ребенка и контаминированного Взрослого — всех тех личностных структур, на которых произрастает «Аддикт» (см. рис. 4). Все они постараются, чтобы доступ к волшебному веществу был регулярным, а его потребление — все более и более оправданным.

Чахлая, кривая береза растет на церковной крыше, знаменуя «мерзость запустения».

Психология аддиктогенной семьи и структура сценария

С помощью сценарной матрицы (рис. 5) Клод Штайнер (2003) иллюстрирует природу сценария жизни. Родители формируют и предоставляют своему ребенку целый банк посланий, из которых он начинает выбирать и строить собственный сценарный план жизни. Выбор его исходит из двух положений: он должен, во-первых,

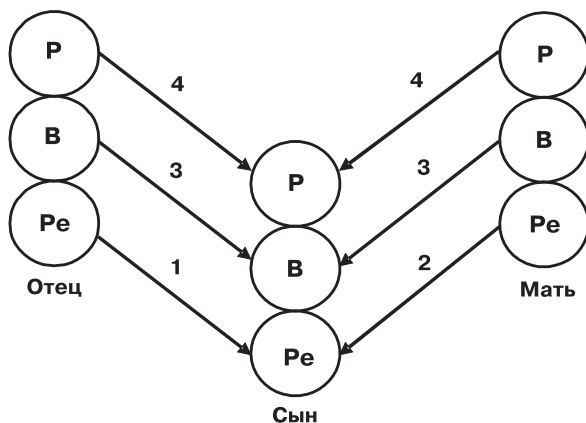


Рис. 5. Сценарная матрица:

В матрице Штайнера Сын помещается ниже Родителей, чтобы подчеркнуть его вынужденное или подчиненное положение.

- 1 — Предписания
- 2 — Разрешения
- 3 — Программа
- 4 — Контрпредписания, или драйверы

выжить и, во-вторых, приспособиться к родительской семье, чтобы получать необходимые стимулы для жизни или поглаживания (см. гл. 7), без которых затруднен его физический и психологический рост.

Наиболее значимые и определяющие судьбу послания — это разрешения (позитивные послания) и предписания (негативные послания). Основные разрешения: «Живи», «Люби», «Вырастай» и другие с таким же живительным потенциалом — даются на разных стадиях психического развития ребенка, соответствуя его потребностям (Clarke J. I., Dawson C., 1998). Мы подробнее остановимся на позитивных посланиях в главах 5 и 7.

Предписания — это первичные невербальные сообщения, исходящие из проблемного Ребенка родителей. Мы узнаем о них по внутренним ощущениям дискомфорта или тревоги, когда наше поведение в чем-то противоречит первичной Родительской установке. Например, мы можем чувствовать дискомфорт и даже вину, когда нам хочется купить супердорогую вещь, которую не могла позволить себя наша мать в силу прошлых материальных трудностей. И мы не покупаем. Или останавливаемся в шаге от достижения заветной мечты. Так действуют предписания «Не достигай» или «Не делай этого». Требуется определенная активность Маленького Про-

фессора, чтобы принять предписание, сначала «угадав» его, ведь передающие родители не озвучивают предписание, но они совершенно точно одобряют выбор Маленького Профессора, если тот начинает вести себя так, как им, родителям, хотелось бы в их эго-состоянии Ребенок. В случае получения предписания «Не достигай» принятие этого стиля поведения означает инфантильное понимание Маленьким Профессором дочери материнской зависти к ее возможному счастью, которого сама мать была в детстве лишена по ряду причин. Если озвучить этот невербальный поведенческий ряд психологически неграмотной (неподготовленной) матери, то она испытывает сильный стыд, вину или гнев за то, что маневры ее Ребенка были разоблачены, но она будет отрицать свою зависть к дочери, так как действительно не осознавала ее. Если же дочери сообщить, что ее попытка выйти замуж за непьющего человека была остановлена решением ее внутреннего Ребенка, который при принятии решения «не идти на свидание» в первую очередь ориентировался на материнскую «зависть», демонстрируя «семейную лояльность»¹, то и дочь будет отрицать такой психологический ход, а то и обидится «за мать». Предписания работают на неосознаваемом уровне, они выглядят нелогично, странно и иногда ужасающе. Вне глубокой реконструктивной психотерапии невозможно найти слов и доводов, чтобы человек отказался следовать предписаниям.

Мэри и Боб Гулдинг (Goulding M., Goulding R., 1979) определили наиболее опасные предписания, блокирующие нормальное развитие человека. К ним относятся предписания «Не живи» (не будь, не существуй), «Не будь собой», «Не будь ребенком», «Не вырастай», «Не делай это», «Не будь важным» (не имей своих потребностей), «Не принадлежи», «Не будь близок», «Не чувствуй себя хорошо» (не будь здоров, не будь здоров психически), «Не думай», «Не чувствуй», «Не будь успешным», «Не доверяй», «Не наслаждайся» и др.

Методом клинического интервью и с использованием опросника предписаний Перл Дрего (Drego P., 1994) мы (совместно с Новиковым С. А., 2014) определили спектр предписаний у 190 мужчин, страдающих АЗ.

У каждого пациента могло быть обнаружено несколько родительских предписаний, определяющих его поведение. Так, послание «Не живи» было выявлено нами у 52,6 % пациентов, страдающих алкогольной зависимостью. Несколько реже обнаруживались нега-

¹ Своеобразная безусловная приверженность семье ее членов, даже если в семье с ними обращались жестоко. Этот фактор следует учитывать даже при справедливой критике родителей пациента (см. Byung-Hall J., 1991).

тивные родительские предписания «Не думай»¹ (38,4 %), «Не будь ребенком» (28,4 %), «Не доверяй» (27,9 %), «Не чувствуй» (22,6 %), «Не вырастай» (20,5 %). Еще реже обнаруживались послания «Не будь значим» (12,6 %), «Не будь собой» (11,6 %), «Не принадлежи» (11,6 %), «Не будь близок» (10,5 %), «Не будь здоров» (7,9 %), «Не делай» (4,2 %).

Сравнивая спектр предписаний у пациентов без выраженной личностной патологии с акцентуациями характера и личностными расстройствами, мы нашли, что предписание «Не живи» обнаруживалось у 66,7 % пациентов с расстройствами личности, что статистически значимо больше, чем у пациентов из двух других групп. Та же тенденция обнаружена при анализе частоты встречаемости родительских посланий «Не думай», «Не будь значим», «Не будь собой», «Не будь здоров». Предписание «Не будь ребенком», напротив, чаще обнаруживается у пациентов без патологии личности, чем у зависимых из двух других групп. Эти находки могут свидетельствовать о том, что чем больше негативных родительских посланий получает пациент в детстве, тем более глубокие повреждения личности он может демонстрировать во взрослой жизни.

Результаты анализа, направленного на выявление корреляций между типами личности и ведущими негативными родительскими посланиями, представлены в табл. 3.

Как следует из табл. 3, для лиц без личностной патологии характерно послание «Не будь ребенком»; для параноидного типа личности — «Не доверяй»; шизоидного — «Не будь близок», «Не принадлежи»; для эмоционально неустойчивого — «Не живи», «Не будь собой», «Не вырастай», «Не будь здоров», «Не думай»; для диссоциального — «Не живи», «Не чувствуй», «Не думай»; для нарциссического — «Не будь собой», «Не будь близок», «Не чувствуй», «Не доверяй»; для тревожного — «Не вырастай», «Не будь значим», «Не принадлежи»; для ананкастного (обсессивно-компульсивного) — «Не будь ребенком».

Не живи. В прежней своей работе «Аутоагрессия, суицид и алкоголизм» (Шустов Д. И., 2005) мы также определили существенное преобладание «Не живи» в группе амбулаторных пациентов, страдающих АЗ, по сравнению с группой амбулаторных психиатри-

¹ Одно из предписаний, часто диагностируемых у алкоголиков (Steiner С., 1974) и составляющих основу русского алкогольного и параалкогольного менталитета, А. П.Чехов с присущим ему тихим юмором и краткостью выразил в рассказе «Злоумышленник» и повести «Степь»: «„Наша матушка Расея всему свету га-ла-ва!“ — запел вдруг диким голосом Кирюха, поперхнулся и умолк. Степное эхо подхватило его голос, понесло, и, казалось, по степи на тяжелых колесах покатила сама глупость».

Корреляционная связь между типами личности и родительскими сценарными посланиями у пациентов, страдающих алкогольной зависимостью

Родительские послания	«Не живи»	«Не будь собой»	«Не вырастай»	«Не будь ребенком»	«Не будь значим»	«Не будь близок»	«Не чувствуй»	«Не будь здоров»	«Не принадежки»	«Не доверяй»	«Не думай»
Тип Личности											
Без патологии, n = 33	-0,122*	-0,122*	-0,027	0,142*	-0,133*	-0,021	-0,182*	-0,134*	-0,079	-0,192*	-0,248*
Параноидный, n = 20	-0,155*	0,037	-0,089	0,088	-0,079	-0,062	-0,104	0,027	0,037	0,513*	-0,165*
Шизоидный, n = 11	-0,036	-0,090	-0,070	0,044	-0,094	0,135*	0,027	-0,073	0,544*	-0,104	-0,149*
Эмоционально неустойчивый, n = 42	0,378*	0,204*	0,138*	-0,251*	-0,050	-0,100	-0,015	0,361*	-0,193*	-0,077	0,361*
Диссоциальный, n = 32	0,230*	-0,163*	-0,194*	-0,034	0,083	-0,017	0,160*	-0,080	-0,163*	-0,092	0,252*
Нарциссический, n = 15	-0,152*	0,138*	0,045	-0,098	0,065	0,154*	0,261*	-0,013	-0,106	0,123*	-0,031
Тревожный, n = 14	-0,257*	0,024	0,256*	-0,133*	0,135*	0,035	0,040	-0,083	0,402*	-0,041	-0,140*
Ананкастный, n = 12	-0,057	-0,094	-0,132*	0,412*	-0,099	0,052	-0,089	-0,076	-0,094	-0,017	-0,205*

* Помечены статистически значимые корреляции.

ческих пациентов (45 % против 21,7 %; $p < 0,02$). Мы также установили, что внутри группы страдающих АЗ «Не живи» диагностировалось в 95,6 % случаев среди пациентов, совершивших суицидальную попытку; в 38,8 % случаев среди пациентов, имеющих суицидальные мысли и самоповреждения, и в 34 % случаев у больных АЗ без признаков классического суицидального поведения. Частота встречаемости этого предписания возрастала в зависимости не только от тяжести личностной патологии, но и от тяжести проявлений аутоагрессивного поведения.

В этой работе мы также установили, какие события в родительской семье влияли на принятие и включение предписания «Не живи» в индивидуальный сценарий будущего алкоголика. Данные события были установлены нами в терапевтической, а не в исследовательской ситуации: наличие факта дистрессового события в раннем детстве (попытка инфантицида, брошенность и др.) увязывалось нами с последующим психологическим развитием пациента и его настоящей реакцией. Например, оживление в результате мертворожденности одним из пациентов расценивалось «словно подарок в насмешку», а другим — как «новый шанс». Вот список этих событий, составленный по мере снижения частоты встречаемости:

1. Нежеланность рождения: большинство пациентов знали и называли этот факт, хотя и не связывали его со своим проблемным поведением. Рождение ребенка могло мешать матери в личной или профессиональной жизни, происходить вне брака и др.

2. Суицид родственников, например, отец повесился в день рождения ребенка, мать предприняла попытку суицида в результате послеродовой депрессии и др.

3. «Искалеченная» мать: рождение ребенка привело к смерти или хроническому заболеванию матери.

4. Патология родов и тяжелые заболевания новорожденного: мертворожденность, асфиксия и обвитие пуповиной — «первый парасуицид» и др.

5. Ребенок-замена: ребенок планируется «на замену» умершему старшему брату/сестре и называется именем покойного — комплекс «Сальвадора Дали»¹.

6. Семейный сценарий трагической смерти довлеет над ребенком, которому якобы суждено умереть в 31 год, как многим членам этой семьи мужского пола.

¹ Великий сюрреалист был назван Сальвадором, как и незнакомый ему старший брат, умерший от менингита в возрасте 2 лет. В документальном фильме «Сальвадор Дали — мягкий автопортрет» (1966) художник признается: «Я хочу доказать, что я не мертвый брат, а живой брат. Убивая своего брата, я обесмерчиваю себя».

7. Мнимая смерть: родители относились к ребенку как к умершему и преждевременно оплакивали его (например, мальчика завалило снегом и прошло 5 часов, пока его нашли), либо у ребенка было врожденное тяжелое заболевание, могущее в будущем привести к смерти. Ключевым пунктом здесь является ситуация преждевременного траура родителей.

8. Физическое насилие в детстве.

9. Попытка аборта или инфантицида — прямое невербальное сообщение о ненужности жизни.

10. Суициды знакомых или дальних родственников.

11. Комбинированные случаи: брошенность, воспитание в детском доме и др. Последняя ситуация особенно характерна для пациентов с тяжелыми личностными расстройствами (антисоциальными, параноидными), которые больше составляют стационарный контингент пациентов или не лечатся вовсе.

Другие значимые предписания, как и терапию «Не живи», мы будем рассматривать в дальнейшем изложении (гл. 6, 7).

Контрпредписания — это вербальные родительские сообщения, основное назначение которых заключается в создании альтернативы предписаниям. Выполняя контрпредписания, человек может не выполнять опасные предписания. Контрпредписания имеют консолидирующее, общественное значение. Например, получивший предписания «Не принадлежи» или «Не будь близок», выполняя контрпредписания «Угоддай другим» или «Работай», будет вовлечен в общественно полезную деятельность. Только дома, иногда, укрывшись в «Башне из черного дерева»¹, он даст волю предписанию.

Следование контрпредписанию является совладающим поведением. Так, алкоголик, раздираемый внутриличностными конфликтами и влекомый предписанием «Не живи» на дно, все же выходит на работу и пытается удержаться или, прислушиваясь к внутреннему голосу «Ты сильный», пытается отказать от первого стакана утром. Деятельность по контрпредписаниям может продолжаться сколь угодно долго. Такой зрелый защитный механизм, как сублимация (перенос внутренних разрушительных влечений в общественно полезную деятельность), имеет природу контрпредписания, обеспечивая нас прекрасными книгами и произведениями искусства. Иногда следование контрпредписаниям называют контрсценарным, подразумевая под сценарным следование предписаниям. Однако это упрощение. И контрпредписания, и предписания могут составлять один сценарий, направленный к достижению сценарной расплаты или финалу. Например, алкоголик, имеющий предписания «Не будь важным», «Не живи» и контрпредписание «Будь первым»,

¹ Роман Джона Фаулза.

живет большую часть времени скучной жизнью сверхответственно-го клерка и только напиваясь, в интоксикации испытывает ощущение грандиозной власти и первенства. Однако вид его жалок и пьяные траты огромны. Фактически это монолог Сатина из пьесы Горького¹: «На дне»: «Человек — это звучит гордо!»

Пять контрпредписаний, имеющих чрезвычайно большое значение и широкое распространение, были названы драйверами: «Будь сильным», «Будь первым», «Спеши», «Угождай другим», «Пробуй» или «Тяжело работай».

На каждый из этих драйверов имеется свой «разрешитель» или разрешение не использовать драйверы. Вот они в том же порядке: «Ты можешь выражать свои чувства!», «Ты можешь ошибаться!», «Не спеши, подумай!», «Обратись к своим потребностям!», «Отдохни, расслабься!»

Поведение по драйверу очень яркое, сразу бросающееся в глаза психологу, приглашающее того немедленно действовать. Однако рекомендация отказаться от драйвера, психолог рискует оставить пациента один на один с предписаниями, если тот еще не готов быть

¹ Это-состояние Ребенок пролетарского писателя А. М. Горького был «людоедским». Что стоит только его знаменитая фраза, сказанная о миллионах репрессированных: «Если враг не сдастся — его уничтожат!» Мать Горького не любила Алешу. «Мой грех перед Богом, — говорила она, — но Алексея я не могу любить. Разве не от него заразился холерой Максим <...> (отец писателя, который и умер от холеры. — *Авт.*) и не он связал меня по рукам и ногам? Не будь его — я бы жила! А с такой колодкой на ноге недалеко упругаешь!» Горький отмечал: «Женщинам, имеющим намерение наслаждаться жизнью, ничем не связывая себя, следует травить своих детей еще во чреве, в первые моменты их существования, а то даже для женщин нечестно, сорвав с жизни цветы удовольствия, отплатить ей за это [одним или двумя существами, подобными мне]...» (А. М. Горький «Изложение фактов и дум, от взаимодействия которых отсохли лучшие куски моего сердца». *Цит. по:* Басинский П., 2011). Считается, что Алеша любил бабушку, заменившую ему мать. Но и бабушка больше любила вино, пьяные компании и даже организовывала вокруг себя прибежище для «внучат», которыми являлись самые отчаянные пропойцы-босьяки, воры и проститутки, временно по разным причинам лишенные возможности заниматься своим ремеслом. «Пила она сильно и однажды чуть не умерла от этого. Помню, как ее отливали водой, а она лежала в постели с синим лицом и бессмысленно раскрытыми, страшными, тусклыми глазами» («Изложение...»). Горький не стал алкоголиком, хотя взял себе псевдоним Горький... пьяница, пропойца(?). Он взял и имя отца — Максим, «убитого» им же холерой, и это имя дал своему сыну, который пьяным после праздника на даче отца заснул на свежем воздухе, заболел и умер от пневмонии — самой распространенной болезни пьяниц. Горький сам не стал алкоголиком, но сублимировал свое страшное «холодное» детство в писательство, прославление бродяг и опустившихся «на дно» алкоголиков.

автономным, свободным от прошлых выборов. Например, следование требованиям «позволителя» «Отдохни, расслабься!» или «Иди на пенсию и поживи для себя!» является причиной многих смертей ответственных работников вскоре после проводов на пенсию.

Программа — это демонстрируемый Взрослым родителей способ достижения финальной расплаты, движения по сценарию, конечно же, в понимании Взрослого в Ребенке или Маленького Профессора. Для алкоголика программа — это девиз «Выпивай!» Отец или мать учат сына или дочь принимать спиртные напитки «из-за простуды», «по праздникам», «на похоронах, совладав с утратой», «на свадьбах, отмечая радость», «просто так», «назло матери/отцу/теще/тестю», «из-за грусти», «из-за грусти и ноябрьского дождя», «при стрессе», «просто так еще раз, а потом чуток», «чтобы поправиться наутро». Каждая выпивка имеет свой нюанс, скрытый смысл и стереотип. Когда кругом много учителей, приятно учиться. Когда учителя — близкие и нетрезвые люди, прогулы занятий смертельно опасны.

Выздоровление от алкогольного сценария жизни

Выздоровление, или освобождение от алкогольного сценария, проходит похожие стадии, но при этом имеются нюансы. Остановимся на них.

Если мы говорим о профессиональной психотерапии, то рядом с алкоголиком находится профессиональный психотерапевт, понимающий внутреннюю динамику аддиктивного процесса и особенности преалкогольной личности пациента. Он понимает, что имеет дело с невротической, пограничной или психотической личностной организацией либо с гармонической личностью, личностью с акцентуацией характера или личностным расстройством. Он также понимает, к какому характерологическому типу (шизоидному, истерическому и т. п.) относится его пациент. Мы думаем, что выздоровление второго типа возможно и в рамках транстеоретической модели, и в рамках сообщества АА, и как результат спонтанного выздоровления, если пациент имеет невротическую личностную организацию согласно психоаналитической парадигме или гармонически развитую личность согласно парадигме клинической. Таких пациентов в поле зрения нарколога около 30 %, чуть больше — в поле зрения психолога.

Основной же контингент, о котором пекутся и амбулаторные, и стационарные службы, и различные реабилитационные центры, относится к пограничной личностной организации, то есть имеет выраженную акцентуацию и/или личностное расстройство.

Выздоровление второго типа начинается с контакта с пациентом при соблюдении основного принципа такого контакта — не иметь

дела с «Аддиктом». Дальнейшее продвижение связано с декатексисом¹ «Аддикта» при заключении лечебного контракта с нормативным «Я» пациента и возможной интеграцией диссоциированных частей личности в ходе построения терапевтического альянса. Данный этап может быть сколь угодно долгим, если принимать во внимание особенности пограничной личности (Masterson J., 1976; Oldham J., 2006) и небезопасную привязанность (Bowlby J., 1979; Wedekind [et al.], 2013). Этот этап может дополняться или сменяться деконтаминацией Взрослого эго-состояния пациента («обеззараживанием», усилением его границ) от иллюзий Ребенка через психотерапию актуальных невротических переживаний, например «страха срочной смерти» (Михайлов, 2000), и от предрассудков Родителя через различные виды репарентинга (Schiff J. L. [et al.], 1975; Osnes R. E., 1974; Mellor K., Andrewartha G., 1980). Репарентинг, или Переродительство, в особенности необходимо, чтобы «расчистить» место в эго-состоянии Родителя клиента для «трансплантации» туда интроекта терапевта (Crossman P., 1966). Когда интроект терапевта займет свое место в «первом ряду» эго-состояния Родителя клиента, а затем начнет там работать, давая новые разрешения «успокоенному» Ребенку клиента, то сценарий будет поколеблен первый раз. Это нарушение сценарного хода жизни Э. Берн (Berne E., 1966) назвал «трансферентным излечением» или в нашем случае — первым подтипом выздоровления второго типа.

На этом этапе выздоровления в модели Т. Горски (2013) или Дж. Прохазки с соавторами (Prochaska J. [et al.], 1994) закладываются первые проблемные послания, которые пока хорошо управляются, но будут обеспечивать потенциал «не-до-терапии» в последующем. Мы имеем в виду разрешение² употреблять алкоголь контролируемо в транстеоретической модели или интенсивно терапевтически контактировать, например, со спонсором или консультантом, имеющими опыт привычного срыва ремиссии, в терапевтических сообществах. Это чрезвычайно серьезный и в чем-то неприятный для обсуждения аспект, поскольку показывает ограниченность лучшей на сегодня модели общественной психотерапии. Как чекисты, которые никогда не бывают бывшими, выздоровевшие зависимые пожизненно обречены нести гордое звание алкоголика, дожидаясь катастрофы в своем Родителе, чуть только бывший и близкий им член сообщества «сорвется» и запьет. Именно поэтому Э. Берн критиковал АА,

¹ Лишение энергии.

² Философия транстеоретической модели предполагает улучшение в поведении зависимого, если тот снизит дозу или частоту употребления алкоголя, что является непрямым разрешением выпивки и срыва с последующим «заходом» на новый круг.

называя их сообществом Спасателей, запивающих, чуть только окажется, что некого больше спасать. Данный факт, который, по нашему мнению, отражает неоднозначные взаимоотношения внутри сообщества, своеобразно опровергает профессор Вайлант (Vailant G. E., 2008), отмечая, что «голубь» или «новичок», по терминологии АА, счастливо появляется как раз в то время, когда трезвость его будущего спонсора находится под угрозой. Так или иначе, трудно представить себе, чтобы еще кто-то, кроме тех же страдальцев, мог дать новичку шанс на спасение, дать мощно, непосредственно и искренне, как когда-то дали ему, так же искренне заинтересованному в собственном спасении. Именно на этой стадии существует труднопреодолимая амбивалентность. С одной стороны, Ребенок алкоголика заключает спасительный терапевтический контракт с таким же Ребенком¹ консультанта, доверяя ему, отказываясь от манипуляций и игр, бесполезных с таким же бывшим зависимым, продвигаясь к выздоровлению гигантскими, невообразимыми в масштабах официальных амбулатории и стационара шагами. А с другой стороны, выздоравливающий алкоголик, помещая интроект своего спонсора в своего Родителя, получает от интроекта двусмысленные (двойные) послания о том, что жить трезво — это ОК, но жить так, даже трезво, но с непросветленной душой, без счастья — не ОК. Двойное послание будет тормозить продвижение к окончательному отказу от сценария жизни. Поэтому в некоторых сообществах чувствуют эту амбивалентность и преодолевают ее, приглашая психотерапевта или продвигая консультанта на новый, второй уровень выздоровления.

Трансферентное выздоровление, если оно состоялось со здоровыми или реально выздоровевшими терапевтами или консультантами, обеспечивает Ребенка пациента необходимыми посланиями, защитой и разрешениями, чтобы тот сделал перерешение и отказался от алкогольного сценария жизни. Процедура, или психотерапевтический метод, который стимулирует Ребенка клиента отказаться от ранее принятого «под давлением обстоятельств» решения, называется перерешением (Goulding M., Goulding R., 1979). Выздоровление, наступившее в результате перерешения быть алкоголиком, и есть конечное и окончательное выздоровление второго типа. Человек достигает автономности по отношению к объекту зависимости.

И этот путь реален, если есть (1) долговременная поддерживающая структура, (2) энергетически обеспеченный здоровый (или выздоровевший, что еще лучше) терапевт, (3) контракт, предложенный Взрослым зависимого.

¹ Незаписанный контракт заключается на уровне Маленьких Профессоров (см. гл. 2) того и другого.

КОНТАКТ, КОНТРАКТ И АЛЬЯНС

4.1. Контакт и мотивирование. Первая сессия

Всегда ли нужен предварительный контакт с алкогольным «Я» клиента?

Возможно, что случаи удачной психотерапии АЗ за один сеанс — это результат прямого «попадания» в нормативную часть личности зависимого.

Многие практические психотерапевты, имеющие дело с амбулаторными алкоголиками, удивляются вниманию, уделяемому мотивированию в стационаре. Основную работу по мотивированию алкоголиков дома проводят представители непрофессиональной системы помощи — члены семьи, сотрудники по работе, врачи соматических клиник и, наконец, полицейские. Вернон Джонсон (Джонсон В., 2012) — терапевт Бетти Форд¹ — описывает драматические постановки² команды родственников и авторитетных сослуживцев, срежиссированные и заранее отрепетированные, призванные конфронтровать алкогольное «Я» и убедить нормативное «Я» лечиться. Поэтому профессиональные психотерапевты встре-

¹ Супруга президента США Джеральда Форда, занимавшего эту должность в 1974–1977 гг., страдала алкоголизмом и наркоманией.

² Вернон Джонсон предлагает следующие шаги для сформированной команды убеждения: выборы председателя (желательно начальника на работе), подробная проработка каждого пункта письменных претензий участников к алкоголику, определение очередности выступающих на сеансе убеждений, выборы «зависимого» для репетиции, определение ответных аргументов на возражения зависимого, проведение репетиции, следование пяти принципам убеждения: 1) в команде должны быть авторитетные люди, чье мнение зависимому небезразлично, 2) каждый из авторитетов записывает конкретные поступки зависимого, связанные со злоупотреблением, 3) все авторитеты по очереди, без осуждения рассказывают зависимому о том, что по его вине происходило в их жизни, 4) зависимому предлагают конкретные варианты лечения либо заключение контракта на случай, «если он снова начнет пить, тогда...», 5) когда зависимый соглашается принять помощь, ее необходимо предоставить немедленно. Зависимый во время сеанса убеждения должен быть трезв (Джонсон В., 2012).

чают уже «готовых» (находящихся в нормативном «Я») клиентов в офисе, и все, что им надлежит сделать, — это не испортить контакт со здоровым «Я» неосторожным словом или внешним видом. Также существует ряд формальностей, которые могут помочь избежать прямого столкновения с алкогольным «Я»: например, психотерапевт готов говорить с клиентом только на второй — третий день трезвости, а проводить какие-либо психотерапевтические вмешательства — на двенадцатый — четырнадцатый день абсолютной трезвости после исчезновения явлений алкогольного абстинентного синдрома. И в этом есть большой смысл. Совсем не обязательно контактировать с алкогольным «Я», чтобы с помощью нормативного «Я», неспецифических и специфических психотерапевтических приемов оставить «Аддикта»¹ без алкогольного топлива. Существует целая плеяда специалистов, которые и не подозревают о существовании «Аддикта» у своих алкогольных пациентов, ориентируясь исключительно на шаблон процедуры, эффект ожиданий и собственную убежденность в действенности первого и реальности второго. Последовательность терапевтических действий все более фетишизируется и представляется одним законченным целым, не существующим, если какой-то этап не был пройден или пройден с ошибкой. Психотерапия все более опосредуется от личности и терапевта, и пациента, а сама психотерапевтическая процедура становится сравнимой с употреблением одной Большой Таблетки. Плохо это или хорошо? Нет однозначного ответа. Хорошо, если врач понимает, что такое плацебо-эффект и как плацебо работает, тогда он находится в эго-состоянии Взрослый, игнорирует все попытки «Аддикта» обратить на себя внимание, отказывая ему и в отрицательных, и в положительных поглаживаниях, и разрешает² Ребенку клиента «не пить» длительное время. Плохо, когда в стандартную процедуру «дачи лекарства» вмешивается человеческий фактор врача, а именно грандиозность и ощущение всемогущества. Всемогущество — это не функция Взрослого, а функция Ребенка или Родителя, поэтому реальная ситуация при выдаче плацебо отслеживается не полностью. Взрослый клиента может поставить под сомнение «терапевтический миф», а его Родитель, реагируя на «обман», может разгипнотизировать Ребенка, и тогда в ситуацию может включиться «Аддикт», инициируя манипулятивные игры.

¹ Синоним алкогольного «Я» (см. гл. 2).

² Разрешение — функция Родителя. В ситуациях опосредованной психотерапии структурный Взрослый терапевта «маскируется», выполняя, несомненно, Родительские функции. Это хорошо, когда Взрослый терапевта осознает ситуацию и свою роль в ней.

Наблюдение 8

Контаминированный (см. гл. 2) Взрослый зависимого мужчины обратился к знакомому врагу-кардиологу, дальнему родственнику жены, за разъяснением того, «как действует кодирование». Кардиолог, огарованный уважительным вниманием «Аддикта», объяснил эффект плацебо, используя слова «обман» и «легковерный человек». Только узнав об озередном алкогольном эксцессе своего любознательного знакомого, кардиолог смог оценить свой «информированный» вклад в срыв терапевтической ремиссии.

Еще один известный «маневр» Всемогущего терапевта — это отказ проводить повторное лечение после срыва терапевтической ремиссии. Длительность повторных ремиссий после, казалось бы, однотипного сеанса значительно сокращалась, что вызывало удивление у Всемогущего терапевта и «понимание» алкогольного «Я» пациента, играющего в «лечение».

Мы предполагаем, что первый и заключительный контакт с нормативным «Я» без какого-либо участия «Аддикта» происходит со значительным большинством пациентов, имеющих, во-первых, более или менее гармоничную личностную структуру и, во-вторых, решение лечиться, принятое самостоятельно с минимальным давлением посторонних лиц. Наше предположение подтверждается приведенными в гл. 3 данными, что по мере увеличения срока абстиненции в рамках терапевтической ремиссии от года и более уже ко второму году из выборки «исчезают», «срываются» люди с тяжелыми личностными расстройствами — нарциссическим, антисоциальным и пограничным, тогда как к сроку ремиссии больше 3 лет значимо увеличивается число людей с гармонически развитой личностью или, по выражению Т. Горски (2013), людей «не из дисфункциональных семей».

Контакт в присутствии алкогольного «Я». Мотивационное интервью

Мотивационное интервью (МИ) происходит при мотивировании трезвых молодых пациентов с отсутствием полного осознания своего состояния, пациентов с личностными расстройствами и стационарных пациентов после этапа детоксикации.

Колебания диссоциированных частей личности зависимого во время мотивирующего к лечению разговора с терапевтом можно объективно зарегистрировать. В работе Сары Фелдштейн Эвинг с соавторами (Feldstein Ewing S. [et al.], 2011) с помощью функциональной магнитно-резонансной томографии (ф-МРТ) изучались реакции на предъявление вкусовых стимулов у пациентов с АЗ че-

рез неделю после одного сеанса мотивационного интервью (Miller W. R., Rollnick S., 1991), где происходило стимулирование так называемого «разговора об изменениях». Во время проведения томографии участникам предъявляли их собственные высказывания «за» и «против» изменений, полученных в ходе сеанса МИ, после которых сразу же следовало предъявление алкогольных или контрольных вкусовых стимулов. Высказывания «против изменений» при предъявлении алкогольных стимулов вызывали в головном мозге пациентов активизацию системы вознаграждения: передней островковой доли, задней островковой доли, передней части поясной извилины, орбитальной фронтальной коры, вентрального стриатума, дорсального стриатума — типичным для пациентов с АЗ способом. С другой стороны, предъявление высказываний в «пользу изменения» алкогольного поведения не вызывало активизации системы вознаграждения в ответ на алкогольные стимулы.

Данный пример иллюстрирует совершенно разное действие выделенных терапевтом компонентов амбивалентной установки пациентов с АЗ: нормативное «Я» пациента ожидает изменений от лечения, тогда как алкогольное «Я» ищет прежних «выигрышей» от выпивки. Если позитивный разговор об изменениях подтверждается и *отражается* терапевтом, клиенты формируют больше высказываний в пользу изменений и сдвигают баланс решений в пользу отказа от выпивки (Glynn L. H., Moyers T. B., 2010).

Такой профессионально структурированный разговор называется мотивационным интервью (МИ). МИ — метод краткосрочной психотерапии для усиления внутренней мотивации пациента на достижение изменений за счет совместного с терапевтом обсуждения проблемы, в ходе которого выявляется, исследуется и разрешается амбивалентность пациента в отношении лечения, а также определяются мотивационные процессы личности, которые способствуют осуществлению изменений (Miller W. R., 2000; Miller W. R., Rose G. S., 2009; Rollnick [et al.], 2008).

МИ использует принципы клиент-центрированного подхода Карла Роджерса (2002), в соответствии с которым подчеркивается ответственность клиента за собственное изменение и за его потенциальные возможности сделать это изменение. Авторы подхода описывали особый «дух» МИ — клинический «способ бытия» с пациентом, основанный на трех элементах: сотрудничестве (а не конфронтации), индукции («выведения», «извлечения» собственной мотивации к изменению у пациента, а не навязывания идей терапевтом) и автономности пациента (а не авторитета врача) (Miller W. R., Rollnick S., 1991). Атмосфера контакта в МИ позволяет пациенту формировать мотивацию, благодаря которой он сам

инициирует, осуществляет и поддерживает изменения в своем поведении. Клинический подход базируется на пяти принципах мотивационной психологии: 1) выражении эмпатии; 2) формировании понимания несоответствия (помощи пациенту в осознании несоответствия между «тем, где он/она» и «где он/она хотели бы быть»); 3) избегании споров (конфронтации, диагностических ярлыков для профилактики активизации защитных стратегий); 4) движении вместе с сопротивлением (отсутствии конфронтации сопротивления, приглашении пациента к самостоятельному поиску мотивации); 5) поддержке самоэффективности. Основные техники концентрируются вокруг психолингвистических аспектов изменений. Терапевт, стимулируя разговор пациента об изменениях (*change talk*), фокусируется на формулировках, которые отражают возможность изменений, обозначает и исследует собственные аргументы пациента в пользу изменений с помощью техники открытых вопросов, подтверждения, отражения и обобщения. Задача психотерапевта: 1) создать условия, которые подкрепляли бы внутреннюю мотивацию клиента, стимулировали приверженность изменениям, использовали и раскрывали бы внутреннее желание, способности и ресурсы пациента, помогающие взаимоотношениям, которые есть у него в реальной жизни; 2) помочь клиенту продвигаться по стадиям изменения¹ к успешному устойчивому изменению поведения. Терапевт ориентируется не столько на собственное клиническое видение больного и его потребностей, сколько на то, как сам больной определяет свою проблему, цели изменения и меру готовности (положения на спирали стадий изменений) к осуществлению данных изменений. Как правило, МИ проводится в течение одной — четырех сессий в начале лечения.

Мотивационное интервью может быть самостоятельным эффективным терапевтическим инструментом, если оно проводится с целью стимулирования естественного выздоровления или самостоятельного движения клиента по спирали изменений в транстеоретической модели Дж. Прохазки и К. ди Клементе (Prochaska J. O., DiClemente C., 1984).

Мотивационное интервью также может поощрить клиента к заключению лечебного контракта или временного соглашения на посещение терапевтических сессий и работу над составлением эффективного контракта.

Контракт, или договор, на психотерапию заключается между Взрослым пациента и Взрослым терапевта, использующим прямые

¹ Имеются в виду стадии транстеоретической модели Прохазки и К. ди Клементе (Prochaska J. O., DiClemente C., 1982).

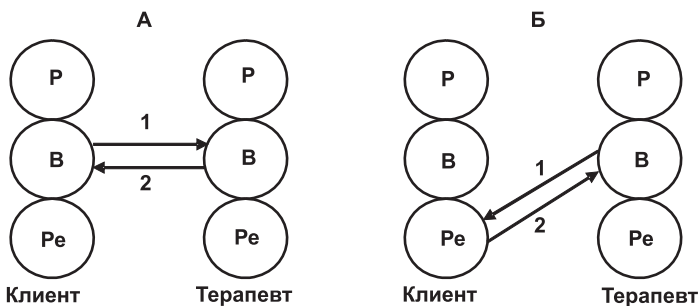


Рис. 6. Контракт и временное соглашение:

А. Контракт: транзакционный стимул (1) с просьбой о лечении идет из В клиента и адресуется к В терапевта; транзакционная реакция (2) о согласии идет из В терапевта к В клиента.

Б. Временное соглашение: транзакционный стимул (1), приглашающий Pe клиента к лечению, исходит из В терапевта; транзакционный ответ с согласием Pe клиента адресуется к В терапевта.

В обоих случаях транзакции параллельны и не пересекаются

транзакции Взрослый — Взрослый (рис. 6А). Под Взрослым пациента понимается неконтраминированная его часть, где расположено нормативное «Я» (см. гл. 2). Временное соглашение (рис. 6Б) часто подразумевает согласие Ребенка (а не Взрослого) клиента, который «хранит» сердце алкогольного «Я» (отрицательный Естественный Ребенок) и поврежденные патологической адаптацией и многочисленными психическими травмами части. Все это облегчает проникновение маскирующегося под Взрослого «Аддикта» в терапевтическую комнату и инициацию патологических манипулятивных «игр, в которые играют алкоголики» (Steiner С., 1971; 1974). Временное соглашение лучше, чем ничего, но от этапа временного соглашения желательно «как можно скорее» (*as soon as possible*) переходить к этапу контракта.

Какие признаки могут указывать на то, что этого перехода все еще нет?

Можно перечислить много разных признаков того, что пациент сопротивляется или начинает манипулировать, а терапевт пытается¹ спасти или преследовать, отыгрывая свое прошлое в терапевтических взаимоотношениях. Нам думается, что лучше описать принцип, чем детали. Принципиально, что если у вас не формиру-

¹ Слова «попытаться», «попробовать» означают попытку, которая, скорее всего, не завершится успехом. В этих словах семантически заложен путь к отступлению и переживанию поражения. Эти слова, как правило, конфронтуются в ТА.

ется контракт, то вы находитесь в «игре». Именно описание «игр, в которые играют люди», принесло ошеломляющий успех книге Эрика Берна (Berne E., 1964), а описание «игр, в которые играют алкоголики», — Клоду Штайнеру (Steiner C., 1971). Игра как способ структурирования времени и серия двойных транзакций, ведущих игроков к расплате, имеет формулу. Вот она:

Крючок + Клев = Реакция → Переключение → Смущение → Расплата

Крючок — это невербальный стимул, который забрасывает «Аддикт» и на который «клюет» Родитель терапевта, ориентируясь на подробности собственного сценария. Стадия «реакции» означает обмен транзакциями¹, который может продолжаться от нескольких минут до нескольких месяцев и лет. Стадия «переключения» наступает, когда игроки меняют свои игровые роли: например, алкоголик из Жертвы обстоятельств превращается в Преследователя, сообщающего, что он таки «выпил, так как совет терапевта не сработал», а терапевт из Спасателя, прошедшего «недурную сессию», превращается в Жертву собственного тщеславия. Оба испытывают «смущение» и получают «расплату»: клиент — в виде чувства опрощенного доверия, оправдывающего выражение гнева и поход в новый алкогольный цикл, а терапевт — в виде чувства вины и убеждения в собственной «неокейности»².

На стадии контакта нас интересуют «крючки», которые забрасывает «Аддикт», пользуясь человеческим несовершенством терапевта. «Крючки» могут исходить из любой позиции Драматического Треугольника С. Карпмана (Karpman S., 1968).

Чаще всего они закидываются Жертвой «Аддикта», адресуясь к Спасателю терапевта. Терапевт начинает спасать, когда видит разочарование мотивированного клиента, узнавшего о сумме за лечение. Спасатель терапевта не берет в расчет, что клиент только пропивает на порядок больше и имеет огромные материальные и моральные издержки, даже несопоставимые с озвученной суммой. Жертвы приходят по рекомендации «сильных мира сего», их знакомых и родственников, а также от знакомых и родственников самого терапевта. Между терапевтом и клиентом возникает некий «скрытый план» во взаимоотношениях, который подразумевает сначала все что угодно, но только затем — совместную работу над

¹ Транзакция — единица общения. Транзакция состоит из транзакционного стимула («Как дела?») и транзакционной реакции или ответа («Хорошо!»). Э. Берн описывает различные типы транзакций, с которыми необходимо познакомиться, читая литературу по транзакционному анализу.

² *Nonokness* — термин ТА, означает чувство неблагополучия.

выздоровлением зависимого. Такие взаимоотношения называются двойными и приносят в терапию больше вреда, чем пользы (Negliu B., Corey G., 1992). Жертвы также «засылают» матерей «разогреть» терапевта и сообщить ему о «слабых» сторонах их зависимых детей. «Слабые» стороны на поверку оказываются ловушками. Наконец, Жертва может использовать проективную идентификацию (см. ниже рассказ «Бергамот и Гараська»), а также служить «зеркалом» для собственных проекций терапевта, в котором отражаются зависимые родственники терапевта, спасению которых тот «посвятил» свою жизнь.

Алкоголик-Спасатель появляется на пороге терапевтического офиса, чуть только терапевт начинает испытывать финансовые затруднения, а посему готов закрыть глаза на ранее конфронтруемые им же мелочи — легкую нетрезвость «Аддикта», панибратство и подмигивание¹. Спасателем клиент может быть, если он сам просит «из сильных мира сего» и способен решить проблемы терапевта, в том числе проблему тщеславия.

Труднее всего представить себе Преследователем первичного² пациента, поскольку агрессия и гнев, выраженные открыто, служат значительным препятствием для согласия терапевта на лечение. При мотивировании «несогласных» пациентов, находящихся «в отрицании», специально обученные «спикерским» способностям члены терапевтического сообщества косвенно «отвлекают» агрессию «Аддикта» из зоны решения «лечиться — не лечиться», переключая ее на членов семьи. «Замотивированный» ехать в реабилитационный центр алкоголик уходит из дома с бригадой спикеров, как с лучшими друзьями, хлопает дверью, не говоря родителям последнего «Простите»³. Однако агрессия пациента по отношению к те-

¹ Клод Штайнер (Steiner C., 1974) говорит о роли Простака, которую играет терапевт, анализируя сны и детские травмы алкоголика, игнорируя подмигивания, бросающуюся в глаза веселую мимику или жестикуляции.

² Только что обратившегося за помощью.

³ Напомним, что такая мотивация недолговечна (именно поэтому от организаторов интервенции требуется с максимальной скоростью доставить пациента до места лечения, не дав ему времени опомниться), и уже через какое-то время пациент начинает испытывать гнев по отношению к родственникам, «обманом» «затащивших» его в «реабилитацию». У пациента возникает длительный тяжелый стресс, вызванный, по мнению пациента, «предательством» и «вероломством» родных (Stanton M. D., 2004). Стресс, по-видимому, обусловлен тем, что решение о лечении было принято пациентом из Детского эго-состояния (Адаптивный Ребенок) под давлением Авторитетных Родительских фигур. Вероятно, именно этим объясняется более низкая эффективность конфронтационных интервенций по сравнению с мотивационными (МИ, CRAFT — *Community Reinforcement and Family Training*), когда решение пациен-

рапевту, выраженная не прямо, случается уже при первом контакте. Так, «алкаш», по терминологии Клода Штайнера (Steiner С., 1974), игрок, которому в виде выигрыша необходима исключительно де-струкция собственного тела, поскользнулся на обледеневшем ка-менном крыльце терапевтического офиса при первом же визите, разбил голову и потерял сознание, так что терапевт, который сво-евременно не позаботился о безопасности входа в офис, стал жерт-вой судебного преследования алкоголика, даже не сказав тому «Здравствуйте!».

Таким образом, лучший способ избежать игры — контактиро-вать с нормативным «Я» зависимого человека.

Контакт с «Аддиктом» в состоянии опьянения

В состоянии опьянения «Аддикт» не считает нужным маскиро-ваться и скрываться. Он проявляет всю гамму негативных эмоций — от эйфории и безмятежности до тревоги и гнева. Он находится в гипоманиакальном возбуждении (ажитации), которое может легко завершаться вербальной или физической агрессией, актом самопо-вреждения. Иногда «Аддикт» может манипулировать родственника-ми, требуя немедленной встречи с терапевтом. Цель этой встречи — вызвать у терапевта смущение и страх, а иногда и сильные контр-трансферные чувства — возмущение, отвращение, скрывающие его глубокого печаль и, возможно, боль. Этот вид цели — игровой, а лучшего предложения для терапевта быть Преследователем труд-но придумать. Родственникам необходимо понимать, что такой кон-такт не будет полезен. Они могут связаться с терапевтом по теле-фону и получить профессиональные инструкции.

Наблюдение 9

Пациент М., 30 лет, страдающий игровой и алкогольной зависи-мостью, в состоянии опьянения предпринял несколько демонстра-тивных суицидальных попыток. По телефону терапевт предложил матери М. вызвать скорую помощь и настаивать на госпитализации М. в психиатрический стационар в «недобровольном порядке¹». Мать приглашала терапевта приехать, присутствовать при госпитализа-

та основывается на Взрослой позиции, укрепленной или сформированной, на-пример, с помощью когнитивно-бихевиоральных техник и эмпатического от-ражения (Miller W. R. [et al.], 1999).

¹ Закон Российской Федерации от 2 июля 1992 года № 3185-1-1 (ред. от 08.03.2015) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» допускает возможность недобровольной госпитализации в случаях, когда существует угроза убийства или самоубийства, когда оставление без пси-

ции, чтобы облегчить неприятную процедуру, срывающую завесу тайны с заболевания сына. Терапевт отказался, объяснив, что его озное угасие может быть воспринято М. как акт Преследования. Действительно, во время процедуры удержания агрессивного и ажитированного пациента была применена сила. В приемном отделении психиатрической больницы, куда был доставлен М., он сумел убедить дежурного врага в отсутствии у него суицидальных намерений в данный момент. Пациент был препровожден домой и действительно отказался от демонстративного суицидального поведения, продолжая психотерапию.

Наблюдение 10

Во время недобровольной госпитализации пациента Д. терапевт, пытаясь «выполнить свой долг до конца», анонимно руководил этой процедурой по телефону, но был «слугайно» раскрыт матерью Д. и услышал в свой адрес угрозы и проклятия со стороны Д. После выписки из стационара Д. прекратил психотерапию.

Другая цель «Аддикта» — это испытание терапевта. Испытание проводит Маленький Профессор «Аддикта» для того, чтобы убедиться в истинных чувствах и мотивации терапевта. Деятельностью Маленького Профессора также можно объяснить саму интоксикацию в попытке найти «новое начало» (см. гл. 2) и случаи чудесного спасения алкоголиков в интоксикации. Возможно, какую-то часть истины о терапевте он «узнает». И это будет о'кей, если он убедится, что терапевт способен не отвергнуть даже пьяного, «рыкающего»¹ «Аддикта» и ему, безусловно, можно доверять. Однако даже святые могут быть не совсем точны в своих определениях. Масса контртрансферных чувств терапевта может быть принята примитивным Взрослым² «Аддикта» как доказательство его слабости и отсутствие у него гибкости во взаимоотношениях, что, конечно же, негативно скажется на последующей терапии, если пациент вообще согласится ее продолжать. Поэтому такого рода контакты лучше избегать или, если это уже случилось, минимизировать время, проведенное в них.

Если клиент находится в легкой интоксикации, следует убедить его взять такси или добраться до дома общественным транспортом.

психиатрической помощи может привести к серьезным непоправимым последствиям (статья 29).

¹ «Лев, рыкающий» на Святую Церковь — так характеризовал святой Иоанн Кронштадтский Льва Толстого (ответ о. Иоанна Кронштадтского на обращение гр. Л. Н. Толстого к духовенству // Басинский П., 2013).

² Синоним Маленького Профессора.

При сильном опьянении обратиться за помощью к родственникам и разместить пациента в офисе до протрезвления. Если имеются симптомы тяжелой острой алкогольной интоксикации, суицидального аутоагрессивного поведения или психоза (включая психоз на фоне синдрома отмены), следует вызвать скорую помощь. Если пациент в алкогольном опьянении покидает офис и собирается ехать домой на своем автомобиле, следует предупредить его о том, что вы сообщите об этом в полицию.

Пациенты могут в пьяном виде звонить терапевту. Как правило, такие пациенты имеют коморбидные тревожные расстройства. Терапевт отвечает или не отвечает на звонок в зависимости от договора с пациентом о звонках и на ближайшей сессии проводит анализ данной ситуации (Serafini K. [et al.], 2013).

Карло ди Клементе (DiClemente C., Soderstrom C., 2002) считает возможным проводить психосоциальные интервенции (краткосрочные мотивационные интервенции) при поступлении пациентов с алкогольным опьянением в отделения неотложной помощи или интенсивной терапии с какими-либо травмами либо острыми состояниями (желудочным кровотечением, например). Пациенты в этот момент более чувствительны (уязвимы) и склонны лучше формировать мотивацию к лечению¹.

Предлагаются специфические бихевиоральные техники работы с пьяными (Malone D., Friedman T., 2005; Richmond J. S. [et al.], 2012):

1. Минимизация внешних стимулов и обеспечение безопасности: пациент помещается вдалеке от шумных и многолюдных помещений, обеспечивается безопасность пациента и окружающих для предотвращения возможности каких-либо инцидентов и несчастных случаев. Сохраняется дистанция в две вытянутые руки, если пациент находится в моторном возбуждении или проявляет агрессию.

¹ Такие интервенции включают: диагностику (использование тестов CAGE или AUDIT), обратную связь в связи с риском возникновения или наличия алкоголизма и связанных с ним заболеваний, акцент на личную ответственность за изменение, профессиональный совет о снижении употребления алкоголя, а в случае серьезного вреда для здоровья или наличия зависимости — о полном воздержании от алкоголя; ознакомление с возможностями изменения моделей алкоголизации, эмпатический стиль консультирования и установление раппорта, поддержку самоэффективности, постановку целей по объему употребления или отказу от него; поддерживающую сессию (сбор камнеза) по истечении определенного периода; временное планирование (DiClemente C., Soderstrom C., 2002). Эффективность краткосрочных мотивационных интервенций для снижения потребления алкоголя подтверждается рядом исследований (Kaner E. F. [et al.], 2007; Klimas J. [et al.], 2013; O'Donnell A. [et al.], 2014).

2. Спокойное, профессиональное и неосуждающее, то есть дружелюбное, отношение к пациенту. Понимание, что пациент демонстрирует максимум своих возможностей на данный момент и испытывает трудности в выполнении предъявляемых к нему справедливых требований. Важно придерживаться принципа позитивного и уважительного отношения, поскольку игнорирование или неудовлетворение просьб пациента может вызывать эскалацию агрессивного поведения.

3. Установление раппорта и информирование пациента. Необходимо представиться, заверить больного, что он в безопасности, никто не причинит ему вреда. Выяснить, как пациент хочет, чтобы к нему обращались. На невербальном уровне терапевт демонстрирует, что не собирается «атаковать» пациента, но лишь хочет выслушать его: пациент должен видеть руки врача с открытыми ладонями, необходимо избегать скрещенных рук и кулаков; колени врача чуть согнуты, он стоит чуть сбоку от пациента; мимика спокойная, избегается настойчивый контакт глаз, который может интерпретироваться как акт агрессии.

4. «Подстройка» стиля и темпа взаимодействия под уровень нарушения мыслительных функций пациента: необходимо говорить понятно, медленно и просто, а также использовать простые короткие предложения и ключевые слова, поскольку пьяный может иметь трудности в восприятии и переработке вербальной информации и будет воспринимать только основные идеи. Используется неоднократное повторение сказанного. При этом следует избегать негативных формулировок («Не дерись»), а использовать позитивные («Будем друзьями»).

5. Использование уважительного юмора в зависимости от личности медперсонала и реакций пациента. Пьяные пациенты чувствительны к унижению и могут воспринимать юмор неоднозначно. Следует быть очень осторожным, не прибегать к сарказму и не высмеивать пациента.

6. Отвлечение внимания пациента при высоких уровнях интоксикации и в тупиковых ситуациях.

7. Следование принципу «Стой и иди», то есть прекращение позитивного общения при нежелательном поведении пациента, затем конфронтация (выговор) и возобновление позитивного общения. Необходимо ограничивать капризное, требующее или манипулятивное поведение, не потакать ему, поскольку оно подкрепляет отрицание. Пациента четко и понятно информируют о приемлемом поведении, о том, что причинять вред себе или другим нельзя. Пациенту говорят, что его поведение пугает или воспринимается как агрессивное, а врачу будет сложно помочь, если он (врач) испыты-

вает страх или гнев по отношению к пациенту. В случае необходимости пациенту сообщают профессиональным, но не угрожающим тоном, что он может быть арестован за нападение.

8. Мотивационные договоренности: сообщение пациенту о том, что нужно сделать, что и когда он получит в результате.

9. Уход и тайм-аут. Если врач замечает у себя сильную негативную реакцию контрпереноса либо пациент излишне агрессивен или отказывается сотрудничать, врач может сделать паузу в беседе и вернуться к пациенту чуть позже, «остыв», чтобы предупредить отыгрывание со своей стороны и усугубление конфликта. Врач также может обратиться за помощью к другому профессионалу, если чувствует, что его собственные возможности ограничены.

Еще об одном исходе контакта с «Аддиктом» в опьянении — желании защитить и помочь, возникающем вследствие защитного механизма — проективной идентификации, которой виртуозно владеет антисоциальная часть «Аддикта», повествует гениальный писатель-алкоголик Леонид Андреев¹ в рассказе «Баргамот и Гараська». Так, «Аддикт» «заставляет» Другого проецировать часть своего «Я» на него, «Аддикта». Другой начинает заботиться о проецируемой части, как заботился бы о себе самом. Часто проецируемая часть, существуя у Другого до проекции, отрицается им и не осознается, поэтому, будучи осознанной в виде потребности в заботе

¹ Отец Леонида Андреева (1871–1919) страдал тяжелой формой алкоголизма, сопровождающейся агрессивным поведением в состоянии опьянения, и умер после спровоцированной им драки с ломовыми извозчиками. Черты импульсивности на фоне значительных колебаний настроения с выраженными депрессиями лежали в основе алкоголизма Леонида Андреева, который и импульсивно, и намеренно много раз пытался покончить жизнь самоубийством, в том числе после безвременной смерти жены. Современники считали Андреева истероневрастеническим алкоголиком (Галант И. Б., 1927), тогда как современные патографы больше склоняются к диагнозу эмоционально неустойчивого (пограничного) расстройства личности (Шувалов А. В., 2004). Действительно, Андрееву так и не удалось окончательно сепарироваться от матери, которая боготворила его и сопровождала до самой его смерти. Над гробом сына, умершего на чужбине от заболевания сердца, она покушалась на самоубийство, но была спасена — ее вынули из петли (Галант И. Б., 1927). Леонид Андреев был близок с Горьким, и не только как литератор, но и как родственная натура, что отмечал сам Горький: оба, Алексей в 10 лет и Леонид в 17 лет, ложились под поезд. Кстати, именно в письме Горькому Андреев высказал свои соображения о пути русского народа: «У каждой лошади есть свои врожденные особенности, у наций — тоже. Есть лошади, которые со всех дорог сворачивают в кабак, — наша родина свернула к точке, наиболее любезной ей, и снова долго будет жить распивочно и на вынос» (цит. по: Басинский П., 2011. С. 278, 279).

о ком-то недостойном, вызывает удивление, умиление¹ и самовосхищение, что может служить базой для поведения Спасателя.

Итак, рассказ «Баргамот и Гараська»:

«Было бы несправедливо сказать, что природа обидела Ивана Акиндиныча Баргамотова, в своей официальной части именовавшегося „городовой бляха № 20“, а в неофициальной попросту „Баргамот“»...

По своей внешности Баргамот скорее напоминал мастодонта... Высокий, толстый, сильный, громогласный Баргамот составлял на полицейском горизонте видную фигуру и давно, конечно, достиг бы известных степеней, если бы душа его, сдавленная толстыми стенами, не была погружена в богатырский сон...

Хозяйственный, рачительный, любивший в свободные дни копаться в огороде, Баргамот был строг. Путем того же физического воздействия он учил жену и детей... Это не мешало жене его... с одной стороны, уважать мужа как человека степенного и непьющего, а с другой — вертеть им...

Настроение Баргамота было скверное. Завтра светлое Христово Воскресение, сейчас люди пойдут в церковь, а ему стоять на дежурстве до трех часов ночи, только к разговинам домой попадешь.

„Стой тут из-за вас, пьяниц!“ ...

Скоро и домой. Баргамот повеселел, представляя себе стол, накрытый чистой скатертью, куличи, яйца. Он, не торопясь, со всеми похристосуется. Разбудят и принесут Ванюшку, который первым делом потребует крашеного яичка, о котором целую неделю вел обстоятельные беседы с ... сестренкой. Вот-то разинет он рот, когда отец преподнесет ему не линючее, окрашенное фуксином яйцо, а настоящее мраморное, что самому ему презентовал... лавочник!

„Потешный мальчик!“ — ухмыльнулся Баргамот, чувствуя, как что-то вроде родительской нежности поднимается со дна его души.

Но благодущие Баргамота было нарушено самым подлым образом...

¹ «Пасхальный» рассказ «Баргамот и Гараська» был напечатан 5 апреля 1898 г. Прочитав его, Горький сказал: «Черт знает что такое... Я довольно знаю писательские штучки, как вогнать в слезу читателя, а сам попался на удочку: нехотя слеза прошибла...» В то же время Горький заметил в рассказе то, чего не заметил никто: «От этого рассказа на меня повеяло крепким дуновением таланта, который чем-то напомнил мне Помяловского (запойный алкоголик и автор «Очерков бурсы» умер в 28 лет от гангрены ноги. — *Авт.*), а кроме того, в тоне рассказа чувствовалась скрытая авторская умная улыбочка недоверия к факту» (*цит. по:* Басинский П., 2011. С. 265, 266).

Баргамот с высоты своего роста, презрительно скосив губы, смотрел на Гараську. Никто ему так не досаждал на Пушкарной, как этот пьянчужка. Так посмотришь — в чем душа держится, а скандалист первый на всей окраине. Не человек, а язва...

Чем промышлял Гараська, оставалось... одной из тайн. Трезвым его не видел никто... Жил, то есть ночевал, Гараська по огородам, по берегу, под кусточками... Предполагали, что Гараська подворовывает, но поймать его не могли и били лишь на основании косвенных улик.

На этот раз Гараське пришлось, видимо, преодолеть нелегкий путь. Отрепья... были все в грязи, еще не успевшей засохнуть... На щеке у самого глаза виднелась царапина, видимо, недавнего происхождения.

— Куда идешь? — мрачно прогудел Баргамот.

— Наша дорога прямая...

— Воровать? А в часть хочешь? Сейчас, подлеца, отправлю.

...

Встряхнув слегка пьяницу и придав его телу надлежащее направление, Баргамот потащил его к вышеуказанной им цели...

Гараська шагал бодро... У него, очевидно, была своя мысль, к которой он и начал подходить сократовским методом:

— А скажи, господин городской, какой нынче у нас день?

— Уже молчал бы! — презрительно ответил Баргамот. — До свету нализался.

— А у Михаила-архангела звонили?

— Звонили. Тебе-то что?

— Христос, значит, воскрес?

— Ну, воскрес...

— Так позвольте... — Гараська... решительно повернулся к нему (Баргамоту. — *Авт.*) лицом.

Баргамот... выпустил из рук засаленный ворот... Гараська, утратив точку опоры, пошатнулся и упал, не успев показать Баргамоту предмета, только что вынутого им из кармана. Приподнявшись одним туловищем, опираясь на руки, Гараська посмотрел вниз — потом упал лицом на землю и завыл, как бабы воют по покойнику.

Гараська воет! Баргамот изумился.

— Да чего тебя расхватывает?

— Я... по-благородному... похристосоваться... яичко, а ты... — бессвязно бурлил Гараська, но Баргамот понял. Вот к чему, стало быть, вел Гараська: похристосоваться хотел, по христианскому обычаю, яичком, а он, Баргамот, его в участок пожелал отправить. Может, откуда он это яичко нес, а теперь вон разбил его. И плачет.

Баргамоту представилось, что мраморное яичко, которое он бережет для Ванюшки, разбилось и как это ему, Баргамоту, было жаль.

— Экая оказия, — мотал головой Баргамот, глядя на валявшегося пьянчужку и чувствуя, что жалок ему этот человек, как брат родной, кровно своим же братом обиженный...

...

— Пойдем ко мне разговляться.

— Так я к тебе, пузатому черту, и пошел!

— Пойдем, говорю!

Изумлению Гараськи не было границ. Совершенно пассивно позволив себя поднять, он шел, ведомый под руку Баргамотом, шел — и куда же? — не в участок, а в дом к самому Баргамоту, чтобы там еще... разговляться!»

4.2. Первая сессия. Интервью

О чем говорить

Если у терапевта нет уверенности, что он говорит с нормативным «Я», то лучший выбор — это говорить о жизни и о смерти.

Другой выбор — разговор об особенностях индивидуального алкоголизма. Он возможен, если есть соответствующий запрос. Однако это лукавый запрос, чаще всего он исходит от «Аддикта», которому все и так прекрасно известно и которому необходимо «немного скуки», чтобы снизить энергию Взрослого терапевта. На этапе мотивирования тема «диагностики прогредиентности и стадии» необходима, чтобы терапевт и клиент, а точнее их Маленькие Профессора, могли познакомиться друг с другом и решить каждый для себя, продолжать или не продолжать общение.

Когда начало терапии было продекларировано, любые отступления в формалистику и «писанину» являются также началом игры.

Любовь и смерть, наверное, единственные темы, в которых позитивный Естественный Ребенок может проявиться во всей своей красоте и мощи, перерешив все что угодно. И «Аддикт» вряд ли заинтересован в таком ходе событий, поскольку тема скорой естественной смерти — его любимая только тогда, когда его ходы и стратегия недоступны осознанию. Чуть только идея о том, что зависимый на самом деле делает все, чтобы приблизить свою смерть, становится озвученной и главной в диалоге терапевта и клиента, как «Аддикт» теряет дар речи — ему нечего сказать, и он уступает место сначала Взрослому, а затем и позитивному Естественному Ребенку, которые не хотят умирать преждевременно. Думается, что и отрицательный Естественный Ребенок «Аддикта»

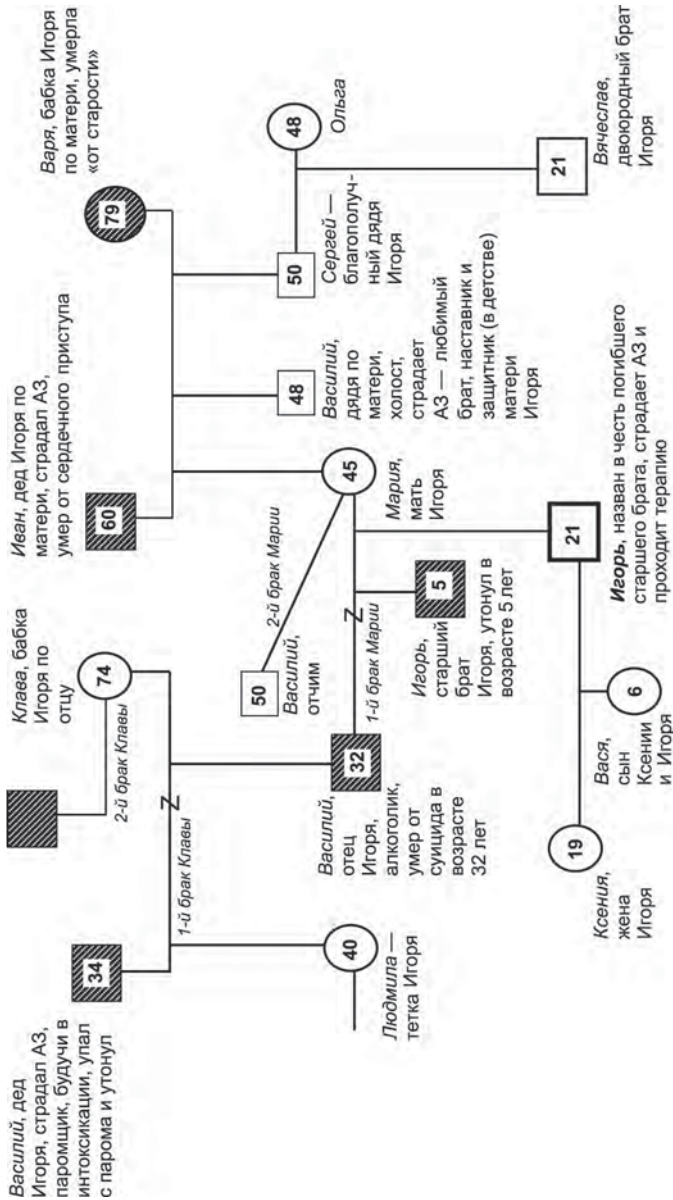


Рис. 7. Пример геносоциогаммы:

На геносоциогамме можно наблюдать семейный сценарий, которому следует Игорь. Дед Василий утонул в состоянии опьянения. Отец, который носил имя Василий, злоупотреблял алкоголем и совершил суицид вскоре после трагической гибели старшего сына, которого он любил так, что второго сына назвал именем утонувшего («ребенок-замена»), обеспечив ему ряд серьезных проблем, связанных с идентичностью. Сам Игорь злоупотребляет алкоголем и назвал сына Васей по семейной традиции. Отметим, что все женщины в семье Игоря выходили за пьяных мужчин, были пассивны и не возражали, называя своих детей именами трагически погибших родственников. Игорь мог бы отметить и тот факт, что все мужчины в его семье умирали от алкоголе-ассоциированных проблем в относительно молодом возрасте и что, несмотря на, казалось бы, очевидную трагическую составляющую имени Василий, Игорь все же назвал так своего сына, «предлагая» тому «продолжить» семейный сценарий.

Z – прерванный брак, например в результате развода

не хочет умирать «по-настоящему», однако «иллюзия бессмертия»¹ патологически сильна в нем.

Конфронтация неестественного умирания может затрагиваться уже в вопросах о наследственности и истории семьи: кто страдал от АЗ, от чего и во сколько лет умер, есть ли здесь какая-нибудь общая тенденция для семьи. Семейный сценарий неестественных смертей может быть хорошо иллюстрирован геносоциограммой (Шутценбергер А. А., 2001) — этакой объективизацией звучащих слов. Здесь можно отметить и позитивные Родительские фигуры, которые в дальнейшем могут быть использованы для парентинга². Можно оценить общую продолжительность жизни мужчин и женщин в семье, наличие соматических наследственных заболеваний. Геносоциограмма покажет насильственные смерти и их характер, а также их «звучание» в жизни сегодняшней семьи зависимого. Если это убийства, то, возможно, следовало бы оценить вклад жертв в их осуществление. Если самоубийства, то это безусловный повод спросить и об актуальных намерениях интервьюируемого (рис. 7).

Искренняя заинтересованность терапевта в повышении продолжительности жизни зависимого — хорошая основа для сотрудничества. Может быть, именно в этом месте интервью, когда индивидуальное аутоагрессивное поведение зависимого обретает исторический контекст, когда Взрослый чрезвычайно внимателен, Ребенок заинтригован и не мешает, а Родитель зависимого наконец освободился от исторического «груза 200»³, необходимо воспользоваться моментом и пригласить клиента к заключению *антисуицидального договора* (см. ниже).

Геносоциограмма также подчеркивает сценарные особенности брачных отношений, условия их заключения, статистику разводов и детских рождений. Это большая тема. Но можно отметить, имеется ли разрешение на развод, какое количество детей предпочтительно и вкладывает ли зависимый аутоагрессивную энергию преимущественно для разрушения семейных отношений. Важный вопрос — бьет ли зависимый жену и детей. Если пациент произносит «да», а терапевт записывает его ответ и продолжает спрашивать дальше еще о чем-то, можно быть уверенным, что немедленно

¹ Идея бессмертия — как минимум человеческой души и как максимум человеческого тела — основа любого теистического мировоззрения — по мнению философа Корлиса Ламонта (1934–1984), отражает гуманистическую природу нашего сознания.

² Здесь: для положительной идентификации зависимого с достойными уважения Родительскими фигурами.

³ Обозначение в советской и российской армиях цинкового гроба с телом погибшего солдата.

включится «Аддикт», который отметит нерешительность терапевта и, возможно, получит подтверждение в правильности своего поведения. Поэтому прежде чем задавать этот вопрос, терапевт должен быть уверен, что он готов к серьезной и прямой конфронтации, в которой он как минимум должен получить обещание от клиента не бить своих близких! Предпочтительнее заключить договор между Взрослым клиентом и Взрослым терапевтом о неприменении насилия к кому бы то ни было. Жесткий вариант этого контракта называется *контракт на «не-убийство»*, подразумевающая в том числе и «не-убийство» самого себя.

Вопросы соматического нездоровья, поднятые в контексте смерти и процесса умирания, по мнению многих авторов, способны хорошо мотивировать на выздоровление и отказ от злоупотребления алкоголем. Здесь хотелось бы подчеркнуть два момента. Первый касается пациенток-женщин, красота которых увядает пропорционально месяцам злоупотребления. Разговор о красоте¹ был единственной возможностью прорваться к нормативному «Я» двух женщин, сломленных «Аддиктом» и умирающих от алкогольного цирроза печени. Второй — это выявленная нами связь между комплексом соматопсихической неполноценности и частотой самоповреждений, нанесенных рукой «Аддикта» (Шустов Д. И., 2005). Рискованное и антисоциальное поведение оставляет шрамы на теле, как депрессия и психическая боль — шрамы на предплечье. Каждый видимый шрам должен быть оценен так, чтобы «Аддикт» перестал считать его предметом гордости и геройства. Терапевту может показаться, что «вдохновляющие» рассказы о повреждениях, случаях чудесного спасения и выживания, так часто встречающиеся на алкогольном пути и рассказываемые «Аддиктом» с заражающим юмором, могли бы послужить на пользу рабочему альянсу, выразив врачу удивление или восхищение удачливостью пациента. Это не так. Такого рода эмоциональное присоединение к деструктивному поведению «Аддикта» может нормализовать последнее и вызвать разочарование в Маленьком Профессоре клиента, борющемся с «Аддиктом». Разочарование будет касаться неспособности терапевта правильно интерпретировать чувства, то есть не заметить боль и смертельный страх нормативного «Я», волею «Аддикта» оказавшегося в рискованной ситуации. Алкогольный юмор есть часть так называемого «юмора висельника» — эмоции, необходимой для обесценивания страха смерти. «Юмор висельника» продвигает тра-

¹ Подчеркивается вдохновляющая роль косметического улучшения внешности у пациенток-женщин в структуре комплексного лечения алкогольной зависимости (Воробьев В. С. [и др.], 1985).

гическую сценарную постановку от одной ужасной сцены к сцене еще более опасной, избегая осознания случившегося и не оставляя времени нормативной части личности объективно оценить всю проблему аутодеструкции. «Юмор висельника» должен немедленно конфронтироваться, например, так: «А что же здесь смешного? Мне страшно за Вас, ведь Вы могли бы легко погибнуть». Эмпатическим в этих случаях будет как раз присоединение к невидимой печальной и болезненной части «счастливо завершившегося» смертельного эпизода. Только такое присоединение и продвигает рабочий альянс.

Вопросы о детстве клиента и отношении родителей к клиенту могут быть затронуты в течение первого интервью с большой осторожностью, как если бы вы увидели старую, выброшенную на сушу морскую мину, легкомысленно принялись ее разбирать, а внутри мины что-то затикало... К «разминированию» прошлого клиента стоит подходить ответственно. «Разминирование» следует планировать и иметь достаточно времени (лучше двоечные сессии — как для всякой «эмоциональной» работы), чтобы закончить работу «управляемым взрывом», то есть катарсически. Всегда надо понимать, что разрешение проблем прошлого клиента — это центральная тема¹ лечения зависимого, равная по значимости долговременному поддержанию трезвости. И лучше приступить к терапии Ребенка, зная подробности его семейной истории. С другой стороны, иногда бывает невозможно игнорировать (или минимизировать трансфер) готовность клиента к такой работе уже на первой сессии, поэтому стоит поддержать выражение клиентом чувств, что также будет хорошей основой для формирования терапевтического альянса в последующем. Заметим, что такой поворот событий случается с клиентами, обладающими истерической личностной частью, и с терапевтами, относящимися к категории опытных, сильных и эффективных. Однако одной сессии, как правило, бывает недостаточно для долгосрочной санации прошлого.

Из всего спектра супружеских отношений на первой сессии следует, наверное, прояснить два: является ли сфера супружества основным объектом деструктивных действий пациента (или это соматическая сфера, или это профессиональные отношения и др.), а также отметить для себя роль созависимого супруга в поддержании семейных отношений с алкоголиком. Если ответ на первый во-

¹ Есть устоявшееся понятие «центральная конфликтная тема» Лестера Люборски (2003), которая во многом затрагивает этот вопрос, хотя далеко не исчерпывает его. В транзакционном анализе «центральной конфликтной теме» соответствуют «игры, в которые играют люди». О подходе Л. Люборски к терапии зависимых пациентов будет сказано ниже (гл. 7).

прос утвердительный, то следует сразу же думать о семейном или супружеском формате последующей психотерапии. Основная ошибка первой консультации алкоголика в присутствии третьего лица (жены, мужа, матери или отца) — «встать на сторону» созависимого родственника против алкоголика, что сразу же разрушит намеряющийся альянс и вызовет удовлетворение «Аддикта», всегда готового к игре с позиции Жертвы. Другая ошибка — начать игру в «судебное разбирательство» (Берн Э., 1994), где терапевт начинает взвешивать все «за» и «против», чтобы вынести вердикт «кто виноват». И вопрос здесь не очевиден для опытного игрока-судьи, иногда вердикт, к торжеству «Аддикта», выносится в его пользу, когда «судья» с серьезным видом рассуждает о негативном влиянии «семейной среды» и ее «поддержке» пьяного поведения. Скорее всего, «судья» окажется в роли Простака, «Аддикт» — Преследователя, а родственник — Жертвы. Вопрос «Как не играть в эти игры?» решается на уровне контракта: либо терапевт выбирает супружеский или семейный формат терапии и тогда заключает трехсторонний контракт, в котором он отстаивает интересы не мужа, не жены, а «семьи в целом»; либо он выбирает формат индивидуальной психотерапии и тогда отстаивает интересы зависимого (не «Аддикта»!), а родственнику рекомендует (если это действительно необходимо) терапию у специалиста по созависимости.

Как заканчивать

Заканчивать первую сессию желательно любой договоренностью с фиксацией даты следующей сессии в еженедельнике терапевта и, если это возможно, предоплатой. Вторую или третью сессию следует начинать с обсуждения контракта и/или контрактов.

4.3. Контракт

Основные характеристики контракта как процедуры

Контракт и как процедура (Berne E., 1961; Steiner C., 1969), и как самостоятельный метод, имеющий свой процесс, был предложен школой транзакционного анализа (см. рис. 6). Контракт предусматривает необходимость придерживания взаимной договоренности между терапевтом и клиентом по поводу условий проведения психотерапии (количество сессий, оплата), по поводу самого терапевтического процесса (как будет проходить психотерапия), а также по поводу исхода психотерапии (какие изменения должны произойти с клиентом или что клиент получит в результате психотерапии) (Tilney T., 2001).

Клод Штайнер (Steiner C., 1974) отмечал, что лечебные контракты должны строиться на тех же принципах, что и юридические: принципах взаимного согласия, адекватной компенсации, компетентности и законности. Остановимся на этих принципах подробнее применительно к нашей теме.

Принцип взаимного согласия означает, что терапевт вправе не принять запрос клиента, который часто отражает желание клиента усилить свою защиту. Поэтому контракт обсуждается, переформулируется в позитивных терминах (без частицы «не»). Например, пожелание клиента «не пить» (если принять «не пить», что клиент будет делать — колоться, работать?) легко переформулируется на «остановиться» или «завязать». Однако и «остановиться» может быть проанализировано: остановиться «где?», «в чем?» — в своем развитии или своем алкоголизме? Если «завязать», то не означает ли это «накинуть петлю» — любимый способ самоубийства зависимых от алкоголя?

Принцип адекватной компенсации означает, что компенсацию получит не только терапевт в виде денежного вознаграждения, но и зависимый — в виде выздоровления. Этот принцип имеет интересные продолжения, например, может ли зависимый иметь прямую¹ денежную, как терапевт, выгоду от своей трезвости? Можно ли купить трезвость, если платить алкоголику будет, например, родственник или коммерческая фирма? Многие родители пробовали это делать, прежде чем пришли на прием к наркологу. Однако подобный ход событий возможен, если платить не «Аддикту», использовать рамки договора или транзакции «Взрослый клиента ↔ Взрослый терапевта (родственника)», а не подкупа «Ребенок клиента ↔ Родитель терапевта (родственника)»; если Ребенок клиента будет получать удовольствие от этого процесса. Последнее является самым проблематичным: он предусматривает достаточного здорового Ребенка или более или менее гармоничную, а не отягощенную неразрешенными внутренними конфликтами и травмами личность, нуждающуюся в постоянной и длительной психотерапии. В любом случае данный принцип предусматривает удовлетворенность и клиента, и терапевта в их эго-состоянии Ребенок.

Принцип законности означает, что контракт не должен противоречить действующему законодательству и этическим принципам. Например, данный пункт может не состояться, если терапевт и клиент находятся, помимо терапевтических, в иных отношениях — сексуальных, профессиональных и т. д.

¹ Не косвенную — в виде увеличивающихся заработков и накопления денег в результате отсутствия запоев и загулов.

Принцип компетентности означает наличие не только специфических знаний, навыков и сертификатов у терапевта, но и способности предоставить излечивающие отношения, то есть предоставить своего Взрослого, свободного от Родительских предрассудков (гендерных, расовых и др.) и Детских попыток решить проблемы за счет пациента. Данный принцип означает, что и клиент должен предоставить во взаимоотношения, сопутствующие заключению договора, своего Взрослого настолько, насколько это возможно на день заключения контракта. В случаях зависимостей такой катексис¹ Взрослого достигается за счет активности нормативного «Я», умело приглашенного терапевтом во взаимоотношения. Например, именно данная способность Взрослого зависимых отвечать за свои слова и действия позволяет осуществлять многомесячную и даже более продолжительную психотерапию в условиях реабилитационных центров.

При соблюдении данных условий контракт можно считать состоявшимся.

С другой стороны, означает ли срыв ремиссии или рецидив то, что никакого контракта не было? Это может означать, что, во-первых, не было контракта, а было временное соглашение «Взрослый (Родитель) терапевта ↔ Ребенок клиента», а во-вторых, что не было идеального контракта, а был контракт между Взрослыми, нарушенный в результате активности частей «Я» «Аддикта». Максин Лумис (Loomis M., 1982) полагает, что контрактное взаимодействие — это процесс, и качество контракта зависит от соответствия взаимного соглашения стадии процесса психотерапии. И это ответственность все же больше терапевта, чем клиента. Например, исполненную договоренность сохранять трезвость 14 дней перед сессией, на которой запланированы серьезные терапевтические интервенции, можно отнести к контрактам в самом начале психотерапии. На каждом этапе психотерапии контракты могут быть пересмотрены и перезаключены в соответствии с новыми терапевтическими целями и возможностями² Взрослого клиента.

Варианты контрактов, предложенные Лумис: контракт заботы, контракт социального контроля, контракт взаимоотношений и контракт структурных изменений.

Контракт заботы заключается, когда у клиента нет достаточно активной Взрослой части, чтобы обеспечить свою безопасность.

¹ Наполнение энергией.

² Если предположить, что и терапевт сам проходит свою терапию, а также обучается и повышает свою квалификацию, то у него также открываются новые возможности.

Терапевт инвестирует своего Взрослого клиенту и решает госпитализировать суицидоопасного клиента или клиента, находящегося в опасной для жизни интоксикации.

Контракт социального контроля заключается, когда Взрослый клиент может самостоятельно обеспечить безопасность зависимого и приемлемый уровень социального функционирования (например, контракт на то, чтобы приходить на установочные сессии или на собрания АА трезвым; контракт на возобновление работы и, следовательно, оплаты труда терапевта и т. д.). Сюда же можно отнести и контракт на достижение длительного срока трезвости с помощью терапевтического сообщества, тренинга социальных навыков, противорецидивного тренинга.

Приглашение к заключению контракта взаимоотношений поступает от терапевта и/или клиента, когда Взрослый клиент начинает осознавать, что взаимоотношения, в которые он вступает с людьми в семье, на работе и во время досуга, являются игровыми и приводят к переживанию рэкетных¹ чувств. Примерами такого рода могут быть контракты на исследование и изменение супружеских взаимоотношений, участие в группах созависимых и др.

Контракты с целью изменения личностной структуры подразумевают высокую степень самосознания и личностной зрелости, понимание собственного вклада в свою судьбу, сделанного под влиянием жизненных обстоятельств, и желание изменить свою судьбу. Примерами могут быть контракты на терапию перерешения и ресоциализацию.

Возможен контракт с «самим собой», коль скоро «контракт — это договор с самим собой и/или с кем-нибудь еще об изменении» (Джеймс М., Джонгвард Д., 1993. С. 270). Как и любая внешняя договоренность, такой контракт может быть в форме «обещания» (Позитивный Воспитывающий Родитель ↔ Адаптированный Ребенок), в форме «послушания» (Позитивный Критический Родитель ↔ Адаптированный Ребенок) и в форме «зарока» (Позитивный Воспитывающий Родитель ↔ Взрослый). Например, русский писатель и актер Василий Шукшин дал зарок «перестать пить» после одного из эпизодов его «пьяной» жизни. Шукшин встретил собутыльника и зашел с ним в кабак «поговорить», оставив у входа дожидаться отца свою малолетнюю дочь, забыл о ней и, опомнив-

¹ Чувства, поддерживающие сценарный выбор: например, по ситуации надо отреагировать чувством боли, а по сценарию человек реагирует смехом, закрывая чувство боли рэкетным чувством радости. Рэкет — это процесс вымогательства родителями у сына или дочери необходимых им и поддерживаемых в семье чувств.

шись, не обнаружил ее в условленном месте. Шукшин был страшно напуган и достиг дна¹ за одну секунду — не пил после того случая восемь лет до самой своей странной смерти.

Бихевиоральный контракт, или Контракт как законченный терапевтический метод

Поведенческий контракт уже достаточно давно используется в психотерапии и наркологии для работы с различными проблемами: никотиновой (Singh N. N., Leung J., 1988), опиоидной (Nolimal D., Crowley T. J., 1990), метамфетаминовой (Roll J. M. [et al.], 2006) и алкогольной (Keane T. M. [et al.], 1984) зависимостями. В современной зарубежной наркологии применение поведенческого контракта происходит в основном в рамках условных контрактов (*contingency contracts*) (Piotrowski N. A. [et al.], 1999; Kellog S. [et al.], 2014), семейной поведенческой терапии (NIDA, Principles of... treatment, 2012), в том числе с использованием антабуса (Feeney G. F. [et al.], 2002). Хотя эффективность данной техники может варьировать, общепризнанно, что поведенческий контракт — полезный психотерапевтический инструмент для осуществления терапевтических изменений (Janz N. K. [et al.], 1984; Bach P., McCracken S. G., 2006).

Так, Д. Киршенбаум и Р. Флэнери (Kirschenbaum D. S., Flanery R. C., 1983) определяют поведенческий контракт как открытую договоренность, описывающую ожидания, планы и/или вознаграждения, связанные с изменением модели поведения. Согласно этим авторам, поведенческий контракт имеет следующие характеристики: 1) особая форма контракта (письменный или устный, оговариваемый или нет, открытый или конфиденциальный); 2) участники контракта (индивидуальный, двусторонний или трехсторонний); 3) поведение, являющееся целью изменения; 4) последствия/результаты (характер последствий и средства достижения).

Поведенческий контракт находит широкое применение в зарубежной наркологии в виде условных контрактов. Условный кон-

¹ Один из героев рассказа Шукшина «Верую!» неверующий в Бога священник говорил: «Вот это как раз я и чувствую, и ты со своей большой душой пришел точно по адресу: у меня тоже душа болит. Только ты пришел за готовеньким ответом, а я сам пытаюсь дочерпаться до дна, но это — океан. И стаканами нам его не вычерпать. И когда мы глотаем вот эту гадость... Когда мы пьем это, мы черпаем из океана в надежде достичь дна. Но — стаканами, стаканами, сын мой! Круг замкнулся — мы обречены» (Шукшин В. С., 1985. С. 451).

тракт — особый вид договоренности, предусматривающий позитивные последствия или обеспечение положительных подкрепляющих стимулов в случае достижения желаемого поведения (либо негативные последствия в случае демонстрации нежелательного поведения) (Janz N. K. [et al.], 1984). Данные контракты описывают относительные и абсолютные полномочия и обязательства каждой из сторон, касающиеся достижения определенной цели или задачи, которая ставится совместными усилиями (Lewis C. E., Michnich M., 1977). Теоретической основой условных контрактов является оперантное или инструментальное обусловливание (Kellog S. [et al.], 2014). С точки зрения теории оперантного научения Б. Ф. Скиннера (Skinner B. F., 1953), употребление ПАВ поддерживается их эффектами, так что и само употребление можно рассматривать как форму условного поведения. Поскольку последствия поведения через подкрепляющие стимулы определяют и саму модель поведения, позитивные последствия можно использовать для увеличения частоты желательного поведения, а негативные или аверсивные последствия можно использовать для снижения частоты нежелательного поведения. Соответственно лечение подразумевает изменение действующей системы подкреплений в жизни пациента. Доминирующие подкрепления со стороны ПАВ изменяют на такую систему поощрений, которая подкрепляла бы трезвость и модели поведения, не связанные с употреблением ПАВ. Конечной целью является уменьшение и прекращение употребления ПАВ за счет изменения всей системы вознаграждений в жизни пациента (Kellog S. [et al.], 2014).

Основываясь на литературных данных, Нэнси Янц и соавторы (Janz N. K. [et al.], 1984. Р. 166) приводят наиболее удачные пункты «хороших» условных контрактов:

1. Цель изменений, определенная совместными усилиями пациента и терапевта в процессе переговоров, должна быть четкой и конкретной. Необходимо помнить, что цель формулируется в терминах желательного поведения, а не поведения, которое необходимо прекратить. Например, в контракте отмечают, что «пациент посещает все сеансы», вместо возможной фразы о том, что «пациент не пропускает сеансов» (Valdez R., 2002).

2. Необходимо подробно описать конкретные обязательства (поведение) каждой стороны контракта, выполнение которых необходимо для достижения целей, включая временные рамки или частоту демонстрации требуемого поведения.

3. Требуемое целевое поведение должно быть наблюдаемым, легко измеримым и регистрируемым, чтобы можно было легко принимать решения о предоставлении подкрепления («Пациент разго-

варивает спокойным тоном», «...обращается с жалобами к медсестрам, а не к другим пациентам» и т. д.).

4. Необходимо четко указывать вид положительного подкрепления, который пациент получает в результате достижения определенного поведения. Также необходимо указывать временной период предоставления подкрепления (желательно давать подкрепление сразу же после демонстрации желаемого поведения или в кратчайшие сроки) (Bach P., McCracken S. G., 2006).

5. Подробное описание последствий невыполнения одной из сторон каких-либо обязательств по контракту, включая аверсивные последствия или санкции.

6. Может быть включено условие о дополнительном вознаграждении, предоставляемом клиенту в случае, если он достигает лучших результатов, чем было запланировано контрактом.

7. Включаются конкретные даты вступления контракта в действие, даты завершения и переобсуждения с возобновлением контрактных отношений.

8. Контракт должен быть подписан всеми сторонами.

Рассматривая условные контракты, следует подробнее остановиться на их центральном компоненте — целевом поведении. Конечная цель в лечении зависимых обычно звучит как прекращение употребления ПАВ (формулируется как «поддержание трезвого образа жизни»), а подкрепление предоставляется в случае поддержания трезвости, хотя в некоторых лечебных программах подкрепляется постепенное снижение дозы употребляемого наркотика (кокаина) или никотина (Lamb, Morral, Kirby, Iguchi, Galbicka, 2004; Preston, Umbricht, Wong, Epstein, 2001. *Цит. по:* Kellog S. [et al.], 2014. P. 6).

В литературе описываются преимущества условных контрактов:

1) клиент становится участником процесса принятия решений о плане лечения и принимает обязательство изменить поведение; 2) предоставляется возможность в равноправном диалоге обсудить потенциальные проблемы и способы их решения; 3) контракт обеспечивает отчетность, поскольку происходит письменная спецификация доли ответственности каждой стороны; 4) подписи всех участвующих сторон обеспечивают необходимый уровень официальности; 5) документ становится инструментом коммуникации для других лиц, участвующих в лечении клиента, и позволяет оценивать успешность терапии за счет сравнения действий и результатов лечения с условиями контракта; 6) условный характер контракта (вознаграждение только в случае выполнения четко определенных условий) является дополнительным мотивационным фактором, по-

сколькo подкрепляет желательное поведение (Janz N. K. [et al.], 1984. P. 166).

Для успешного заключения контракта важно, чтобы клиент активно участвовал в выборе и целевого поведения, и подкреплений, чтобы каждый элемент контракта был полностью принят всеми сторонами, чтобы сложные целевые модели поведения «разбивались» на малые, достижимые компоненты (или соответствующие аналоги), выполнение которых успешно продвигает клиента к достижению цели, при этом каждый малый шаг также подкреплялся. И наконец, все стороны могут вносить изменения в контракт (Janz N. K. [et al.], 1984. P. 166, 167).

Рядом исследований доказано, что условные контракты и основанные на них мотивационные схемы эффективно улучшают результаты лечения наркологических больных, в частности, с опиоидной, никотиновой и полихимической зависимостью (Proude E. [et al.], 2009). Их использование в лечении алкоголизма исследовалось в 1960–1980 гг. XX в., в результате чего была установлена эффективность подобных интервенций для поддержания трезвости, улучшения приверженности приему лекарств (дисульфирам) и посещению врача (Petry N. M. [et al.], 2007; 2011; Lussier J. P. [et al.], 2006; Knapp W. P. [et al.], 2015). Тем не менее условные контракты не были широко внедрены в лечебную практику из-за высоких экономических затрат, включая стоимость подкреплений и набор дополнительного персонала (Branson C. E. [et al.], 2012).

Поведенческие контракты активно используются в рамках антиалкогольной поведенческой терапии супружеских пар (Alcohol Behavioral Couples Therapy) (Epstein E. E., McCrady B. S., 1998) для стимулирования трезвого образа жизни. Такие контракты позволяют установить связь между трезвым и желательным супружеским поведением, улучшить комплайенс в отношении амбулаторного посещения врача и приема дисульфирама (O'Farrell T. J., Bayog R. D., 1986; O'Farrell T. J., Schein A. Z., 2000). Поведенческий контракт в форме контракта на прием дисульфирама был разработан как психотерапевтическая и консультационная интервенция в рамках антиалкогольного консультирования (Counseling for Alcoholics' Marriages (CALM) Project) и бихевиоральной терапии супружеских пар (*behavior couples therapy*) (O'Farrell T. J. [et al.], 1993). Заключение дисульфирамовых контрактов призвано стимулировать постоянный прием лекарства дисульфирама — блокатора фермента ацетальдегиддегидрогеназы, расщепляющего токсический метаболит этанола — ацетальдегид. Дисульфирам вызывает реакцию покраснения лица, падение артериального давления и тошноту в случае

употребления алкоголя и является эффективным противорецидивным средством при последовательном приеме. Цель дисульфирамового или антабусного контракта, условия которого оговариваются в ходе терапии, — обеспечить регулярный прием препарата, уменьшить число ссор между супругами, чтобы уменьшить вероятность рецидива заболевания. Алкоголик соглашается ежедневно принимать дисульфирам, а супруг(-а) осуществляет надзор и ведет календарь приема. Супруги обязуются ежедневно благодарить друг друга, не говорить о прошлых эпизодах алкоголизации или употреблении алкоголя в будущем. Кроме того, в контракте кратко описываются возможные эффекты от выпивки и употребления определенных продуктов в период приема антабуса, согласие алкоголика на контроль приема лекарства супругом(-ой). В случае нарушения приверженности приему лекарства супруг(-а) алкоголика сообщает врачу об имеющейся проблеме. Контракт заключается на определенный период времени и используется как метод восстановления утраченного доверия. При заключении контракта важно подчеркнуть, что от созависимого супруга нельзя ожидать, что он/она будут контролировать, употребляет ли супруг-алкоголик спиртное или нет; его ответственность заключается в обеспечении только контроля приема лекарства (Proude E. [et al.], 2009).

Уильям Фалс-Стюарт, Тимоти О'Фэррелл и соавторы (Fals-Stewart W. [et al.], 2005) в обзоре, посвященном бихевиоральной терапии супружеских пар, сообщают об использовании различных типов трехсторонних поведенческих контрактов, ориентированных на создание внутрисемейной поддержки процесса выздоровления пациента от алкогольной зависимости.

1. Контракт на выздоровление (или контракт на трезвость): партнеры обязуются ежедневно проводить доверительную беседу о трезвости (Sobriety Trust Discussion), в которой химически зависимый супруг сообщает о своем намерении не использовать ПАВ «сегодня», а партнер без химической зависимости выражает вербальную положительную поддержку пациента за усилия, которые он прилагает, чтобы оставаться трезвым. Антабусный или налтрексоновый контракт нередко становится частью контракта на выздоровление. В обязанности созависимого партнера теперь включается ведение календаря и по доверительным беседам, и по приему антабуса. Сохраняется условие о запрете обсуждения партнерами употребления ПАВ в прошлом или страхов, связанных с возвращением к употреблению ПАВ в будущем вне рамок терапии, то есть дома. В противорецидивных целях все споры и конфликты, связанные с ПАВ, обсуждаются партнерами исключительно на терапевтических сессиях, где терапевт выступает в роли медиатора. Ряд контрактов

также включает условия регулярного посещения собраний групп самопомощи (Анонимные Алкоголики/Наркоманы и т. п.), которые также отмечаются в календаре. Проверка календаря терапевтом в начале каждой сессии позволяет отслеживать приверженность выполнению условий контракта и выявлять проблемы с комплаенсом (сотрудничеством при приеме лекарств или процедур), что позволяет проводить их своевременную коррекцию.

2. Контракт на сокращение употребления алкоголя (*Drinking Reduction Contract*) в случае, если целью лечения является не полное воздержание от алкоголя, а «контролируемое употребление». Хотя авторы признают возможную эффективность такого контракта, они указывают на отсутствие достаточных эмпирических доказательств обоснованности «контролируемого употребления».

3. Контракт на продолжение выздоровления и противорецидивный план (*Continuing Recovery Plan/Contract*). Составляется на заключительных этапах психотерапии и описывает действия семейной пары/партнеров по поддержанию трезвости после окончания курса терапии (продолжение ежедневных доверительных бесед, посещение групп самопомощи и т. д.), а также планы мероприятий в случае возникновения срыва и рецидива (обращение к наркологу/психотерапевту, возобновление посещения группы поддержки и т. д.). Одно из главных посланий такого контракта — то, что возможный (и, как правило, возникающий) рецидив является не «провалом» зависимого супруга, пары или лечения, а всего лишь новым опытом. Готовый противорецидивный план (*relapse plan/contract*) позволяет быстро скорректировать проблему. Кроме того, в контракте четко прописывается процедура возвращения к обычной жизни без выполнения домашних заданий, использования антабуса и т. д. Как правило, выбирается стратегия медленного постепенного отказа от дополнительных лечебных мероприятий (в первый месяц ежедневные беседы сопровождаются контролируемым приемом антабуса, во второй месяц беседы проводятся три раза в неделю, прием антабуса контролируется, в третьем месяце беседы могут быть один раз в неделю плюс контролируемый прием антабуса и т. д.), однако пациентов приглашают обращаться за помощью к консультанту/терапевту в случае возникновения любых проблем или конфликтов в отношении плановых этапов перехода к обычной жизни.

Необходимо отметить, что эффективность поведенческих контрактов в рамках семейной терапии зависимостей от ПАВ, включая антабусный контракт, является общепризнанно доказанной (Proude E. [et al.], 2009; NIDA, 2012).

Контракты, закрывающие «аварийные люки»

В первооснове любого трагического сценария лежит экзистенциальная жизненная позиция одного из трех типов: «Я — хороший, Ты — не хороший»¹ (параноидальная позиция), «Я — не хороший, Ты — хороший» (депрессивная позиция), «Я — не хороший, Ты — не хороший» (позиция отчаяния). Есть и позиция сотрудничества, характерная для сценария Победителя: «Я — хороший, Ты — хороший». В транзакционном анализе считают, что жизненная позиция формируется в первые месяцы и годы жизни в зависимости от качества общения с ребенком и степени удовлетворения его потребности в привязанности. Проиллюстрируем как «работают» жизненные позиции в коммуникативном контексте, например, человек будет подсознательно выбирать для общения в ближнем круге людей, которые подтверждают его жизненную позицию. Так, человек с позицией «Я — хороший, Ты — не хороший» будет контактировать скорее с человеком, который имеет позицию «Я — не хороший, Ты — хороший». По версии Эрика Берна и его учеников (Hailberg G., Sefness W. R., Berne E., 1963) каждой позиции соответствует сценарный выбор. В случае «Я — ОК, Ты — не ОК» это выбор «избавиться от людей» (*getting rid of people*) путем ухода от них или убийства. В случае «Я — не ОК, Ты — ОК» это выбор психоза и криминального поведения, осуществляемый через помещение в тюрьму, сумасшедший дом или через совершение меланхолического суицида (*institutionalization or melancholic suicide*). В случае «Я — не ОК, Ты — не ОК» это выбор отчаянного саморазрушения (*despairing self-destruction*), осуществляемого через суицид безнадежности (*futility suicide*). Позже Уильям Холлоуей (Holloway W., 1973), развивая эту идею, назвал экстремальные сценарные выборы «люками для побега» или «аварийными люками», которые выбирают люди в дистрессовых ситуациях, когда не видят каких-либо иных позитивных или менее деструктивных выборов. Для суицидального выбора есть клинический эквивалент — суицид на фоне «сужения сознания», для выбора побега — клиническое понятие «ухода» и «аутистического ухода», для убийства — социальное значимое выбора — предусмотрены статьи Уголовного Закона, в том числе при убийстве «в состоянии физиологического аффекта», а побег в психоз является сам по себе клиническим феноменом, особенно понятным при развитии «тюремных» психозов вследствие лишения свободы. Мы готовы поверить, что доведенный до крайней черты «безвыходности» человек может реализовать один экзистенциально предпочтительный для него выбор, но нам трудно поверить, что

¹ Или «Я — ОК, ты — не ОК» и т. д.

человек разумный, имеющий выбор и альтернативу, также готов «если что» воспользоваться ими.

Можно предположить, что в условиях немецких концентрационных лагерей большинство людей могли бы совершить побег в «спасительный люк», однако, по свидетельству Бруно Беттельхейма (Bettelheim В., 1986; Беттельхейм Б., 1992), австрийского психотерапевта, выжившего в Освенциме, к использованию «люков» прибегали редко. Люди не сходили с ума, что означало немедленную смерть в контексте геноцида психически больных, не пытались убежать¹, совершить суицид или убийство², чтобы избежать нечеловеческих страданий. По-видимому, в аварийных «выходах» есть смысл, когда жизненный путь имеет индивидуальную сценарную природу, то есть является результатом выбора человека. Тогда побег в «люк» представляется свободным актом сохранения человеческого достоинства, как это записано в сценарии. В случаях заключенных в концентрационные лагеря людей их судьба уже не зависела от их долагерного индивидуального выбора и представляла собой вариант «принудительного жизненного пути» (Berne Е., 1972), когда «жить или не жить», как и вообще что-то делать, решает кто-то другой. В таких условиях невозможно сохранить человеческое достоинство известными свободными способами, поэтому открывается бездна новых способов выживания в аду, в том числе и вне сохранения человеческого достоинства. Для тех, кто стремился сохранить свой индивидуальный сценарий, существовала единственная возможность — расщепление «Я» и глубокое сокрытие истинного «Я». Б. Беттельхейм (1992) замечает, что иногда потребность сохранения «Я» своего индивидуального прошлого вступала в противоречия с требованиями «принудительной судьбы», и человек рисковал³ жизнью, а фактически обращался к «люкам».

¹ Беттельхейм (1992) описывает, что 2 эсэсовца могли конвоировать колонну из 400 заключенных по неохраняемой местности к месту экзекуции. При этом никто не предпринимал попыток убежать и избежать общей судьбы.

² Энергия гнева, необходимая для осуществления акта агрессии и аутоагрессии, подавлялась психикой заключенных, поскольку даже невербальное проявление гнева могло привести к смерти. Казалось бы, в этих условиях прямой суицид мог быть легко осуществлен, однако проявления непокорности, дерзости, ослушания были крайне редки (Беттельхейм Б., 1992).

³ Беттельхейм (1992) приводит случай поляка, который, несмотря на угрозу расстрела и избияния, отказался живьем закапывать людей в могилу. Он также рассказывает о танцовщице, которую узнавший ее охранник заставил голой танцевать перед входом в газовую камеру. Отделившись от толпы, женщина в танце приблизилась к охраннику, выхватила у него пистолет, застрелила его и была сама тут же убита.

В свете вышеизложенного становится понятна и другая роль сценария — как некоей нити Ариадны, позволяющей человеку уже с раннего детства не жить в психотическом вакууме (English F., 2010). Позже человек, обладая сценарием, способен сохранять свои представления о самоуважении и достоинстве, поддерживающие витальность даже в невыносимых условиях. Значит ли это, что, перекрывая люки для экстремальных сценарных выходов из кризиса, мы ограничиваем свободу человеческого выбора? Отнюдь нет. Мы договариваемся не использовать наиболее одиозные формы расплаты по сценарию: убийство, самоубийство, сумасшествие и побег из терапии. Сценарий может предполагать другие, менее одиозные виды расплаты. Однако если мы оставляем «люк» или даже «щель», то тем самым приглашаем страдание как копинг или контрсценарий для предписаний «Не будь свободен», «Не живи», «Не думай и не будь психически здоров», «Не будь близок, не доверяй». Супруги Бойд (Boyd H., Cowles-Boyd L., 1980) считают, что люди с трагическими сценариями, а также люди с менее трагическими сценариями держат «люки побегов» приоткрытыми, всегда имея доступ в свой сценарий, поддерживая запас плохого самочувствия и таким образом прерывая работу жестких ограничительных контрактов и контрактов на изменение.

«Аварийные люки» близки между собой. Убийство предполагает и самоубийство как «убийство себя». Убийство и самоубийство невозможны без сумасшествия или отключения Взрослого от тестирования реальности. А побег возможен и в морг, и в психиатрическую больницу, и в тюрьму. Поэтому есть большой смысл перекрывать «аварийные люки» все и сразу, быстро, как только возможно.

Техники перекрытия «люков» различны, но центральное звено — это договор между Взрослым терапевта и Взрослым нормативным «Я» клиента о том, что клиент обязуется не совершать убийство (контролировать агрессивные импульсы), самоубийство (оставаться жить, что бы ни случилось и ни вспомнилось), не сходить с ума (использовать логическое мышление и оставаться в контакте с реальностью), не убежать (контролировать двигательные импульсы и говорить, прежде чем действовать). Это хороший лечебный план — закрыть «люки». В наркологии это означает не убивать себя водкой (героином) и не убивать своих близких, использовать возможности позитивного мышления, не отыгрывать эмоции через импульсивное поведение и не убежать из терапевтического поля и лечебного помогающего сообщества.

Приведем примеры договоров.

1. Договор о «не-убийстве» или «контроле агрессивных импульсов».

Договор заключен между клиентом (Ф.И.О.) и терапевтом (Ф.И.О.). Дата.

Я, Ф.И.О., понимаю запрет на выражение своего гнева (агрессии) в виде любых форм физического насилия по отношению к кому бы то ни было, в том числе к самому себе. Осознавая все возможные последствия применения насилия (смерть, увечье, унижение человеческого достоинства, арест и заключение под стражу, денежный штраф и др.), я принимаю решение отказаться применять физическое насилие по отношению к окружающим и самому себе с момента подписания контракта и далее.

Я, Ф.И.О., уважаю, подтверждаю и приветствую решение своего клиента Ф.И.О. и в свою очередь обязуюсь оказывать ему психотерапевтическую помощь в соответствии с контрактом, в том числе и в рамках тренинга по безопасному выражению и контролю гнева.

Подписи сторон.

2. Договор о «не-сумасшествии» или о «сохранении рационального контакта с реальностью».

Договор заключен между клиентом (Ф.И.О.) и терапевтом (Ф.И.О.). Дата.

Осознавая опасные последствия потери контроля за своими действиями (совершением актов агрессии и аутоагрессии, причинением вреда имуществу и др.), мышлением (слепой верой ложным сообщениям, подозрениям, вымыслам, детским обидным воспоминаниям и др.), чувствами (ориентацией на доминирующий фон настроения, а не на существующую реальность), я, Ф.И.О., беру на себя ответственность сохранять рациональный (разумный) контроль как в критических ситуациях, так и в ситуациях повседневной жизни с момента подписания контракта и далее.

Я, Ф.И.О., приветствую Взрослое решение моего клиента и со своей стороны обязуюсь оказывать ему психотерапевтическую помощь в рамках контракта, в том числе постоянно поддерживать и усиливать уровень его осознания себя, отношений вокруг него и в окружающем мире.

Подписи сторон.

3. Договор о «не-убегании» из терапии и из ситуаций, требующих физического и психического присутствия.

Договор заключен между клиентом (Ф.И.О.) и терапевтом (Ф.И.О.). Дата.

А. Осознавая последствия моего ухода (убегания) из терапии (прогрессирование заболевания и увеличение риска наступления

связанных с ним неблагоприятных событий, как-то: получение травм, увечий, смерти от насилия или самоубийства, развод, тюремное заключение, сумасшествие и др.), я, Ф.И.О., обязуюсь продолжать терапию до своего выздоровления в соответствии с лечебным контрактом. При необходимости прекратить терапию я обязуюсь уведомить своего терапевта о своем решении за 3 (три) терапевтические сессии до даты завершения терапии. Оплата за эти три сессии, которые я обязуюсь посетить, будет произведена мною вперед (заранее).

Б. Осознавая последствия побега из ситуаций, требующих моего физического или психического присутствия (принятие импульсивных и необдуманных решений, неполучение необходимой информации, выход за пределы отношений с терапевтом и др.), я, Ф.И.О., обязуюсь проговаривать с терапевтом или спонсором свои чувства и побуждения, оставаясь в терапевтическом поле, обязуюсь контролировать желание уйти, думать, прежде чем начать действовать, с момента заключения контракта и далее.

Я, Ф.И.О., уважаю и приветствую решение моего клиента Ф.И.О. и со своей стороны обязуюсь оказывать ему психотерапевтическую помощь в соответствии с контрактом, в том числе своевременно обеспечивая его информацией о числе и продолжительности сессий, их дате, отмене или переносе (при обоюдном с клиентом обсуждении удобной даты). Я также обязуюсь быть доступным для терапевтического контакта и между сессиями, отвечая на телефонный звонок (электронное сообщение) моего клиента на условиях, оговоренных в основном контракте на лечение¹.

Подписи сторон.

4. Договор о «не-самоубийстве», или антисуицидальный контракт.

Договор заключен между клиентом (Ф.И.О.) и терапевтом (Ф.И.О.). Дата.

Я, Ф.И.О., осознавая необратимые последствия попытки суицида (смерть, горе родственников, передачу такого способа решения проблем детям и внукам), принимаю решение оставаться живым и не предпринимать попыток суицида или других действий против своей жизни и здоровья, какие бы события ни случились в будущем, с момента подписания контракта и далее.

Я, Ф.И.О., приветствую ответственное решение своего клиента и обязуюсь со своей стороны оказывать ему психотерапевтическую помощь в соответствии с действующим контрактом, в том числе быть доступным для обсуждения вопросов смерти и умирания, суи-

¹ Если такой пункт клинически необходим.

цидальных импульсов и мыслей, связанных с ними. Я также обязуюсь быть доступным для терапевтического контакта между сессиями, отвечая на телефонный звонок (электронное сообщение) моего клиента на условиях, оговоренных в основном контракте на лечение.

Подписи сторон.

Текст договоров должен быть понятен клиенту. Составление и заключение договоров — это творческий психотерапевтический процесс, свободный от канцелярщины и рутины. Клиент может быть проинформирован, что заключение и поддержание этих договоров приведет к повышению безопасности терапии, а также к возможности для терапевта использовать клинически оправданные интервенции с элементами риска.

Существуют известные трудности заключения таких контрактов как для терапевта, так и для клиента.

Во-первых, терапевтическое предложение должно исходить от Взрослого терапевта, эмпатически воспринимающего смущение (*confusion*) Ребенка клиента, для которого подобное поведение предписано, использовалось в прошлом, используется в настоящем и внушает необоримый ужас. Ему, Ребенку, предлагается отказаться от выходов, когда-то «одобренных» всемогущими родителями (на самом деле — эго-состоянием Ребенок (P_2) биологических родителей), лечиться, а значит перестать с помощью страдания справляться с прошлым травматическим и невыносимым опытом. Иными словами, терапевт должен прочувствовать всю тревогу и неуверенность Ребенка клиента, понять (B_2) и поверить (P_2), что перед ним человек, который может убить, совершить суицид, сойти с ума или сбежать. Последнее, кстати, допускается сознанием терапевта легче, поскольку такой опыт не уникален, хотя никто не знает, «куда» сбежали его так и не ставшие клиентами интересанты.

Во-вторых, нормативное «Я» клиента, принимая сомнения и страх Ребенка, должно на какое-то время дистанцироваться¹ от всего, составляющего существо «Аддикта», в том числе от его испепеляющего юмора и цинизма, стать умным, интеллигентным, сочувствующим Взрослым. Если такое возможно в течение первых встреч с зависимым человеком, то контракт, безусловно, состоится. То, что контракт состоялся, оба, и терапевт, и клиент, понимают и на уровне слов, записанных на бумаге, и на уровне общих испытываемых

¹ Речь идет о наблюдающем Эго.

и тем и другим чувств облегчения и радости, и на физическом уровне «мурашек на коже»¹.

Если клиент не может заключить антигомицидный и антисуицидальный контракты, то психотерапия с ним становится опасной. По мнению ряда авторов, неспособность клиента подписать антисуицидальный контракт служит показанием к госпитализации.

Мы полагаем, что эффективность закрытия «люков» и сроки заключения подобных контрактов зависят от личностной организации клиента и качества его привязанности (Bowlby J., 1975). Эффективность закрытия всех «люков» означает выздоровление, поскольку употребление психически активных веществ становится невозможным вообще. Происходит излечение «за всего один лишь разговор». Личностно поврежденные клиенты, которых большинство среди зависимых лиц, идут к закрытию «люков» длинным путем, который мы и пытаемся описать. В результате перерешений, которые делает их Ребенок на пути выздоровления, формальная процедура закрытия «люков», например, после года терапии представляется излишней. Человек меняет составляющие сценария так, что сценарные расплаты в виде смерти, безумия или заключения под стражу становятся неактуальными.

4.4. Альянс

Роль раннего альянса

Связь терапевта и клиента, заставляющая их находиться рядом друг с другом и эффективно выполнять терапевтический план, называется терапевтическим или рабочим альянсом. Иногда рабочий альянс отождествляют с присоединением — процессом частичной идентификации терапевта с клиентом, а клиента с терапевтом на основе общности взглядов (Moursund J. P., Erskine R. G., 2004) — или присоединением к системе ценностей клиента, его мировоззрению на основе взаимной симпатии.

Лестер Люборски (Luborsky L., 1983; 1996) предложил методичку количественного определения альянса, основываясь на концепции Эдварда Бордина (Bordin E., 1994), где под альянсом между терапевтом и клиентом понимались общие цели, согласованное признание задач и аффективная связь. Было установлено, что качество альянса, измеренного в начале лечения (так называемый «ранний альянс» на первый — третий день лечения), является до-

¹ Появление «мурашек на коже» считают показателем глубины и эффективной достаточности психотерапевтической интервенции (McNamara J., Lister-Ford C., 1995).

стоверным прогностическим критерием успеха или неуспеха последующей терапии, удержания пациентов в терапевтической программе и снижения употребления психоактивных веществ (Martin D. J. [et al.], 2000; Meier P. S. [et al.], 2006). Прогностическая значимость первых измерений альянса тестом Л. Люборски была подтверждена и нами у пациентов, страдающих опиоидной зависимостью (Агибалова Т. В. [и др.], 2014).

Отметим, что ранний альянс, возникающий на первой неделе контакта, характеризует, конечно, более возникшую позитивную аффективную связь между терапевтом и клиентом, нежели цели, задачи и контрактный процесс. Предполагается, что природа этой связи эмпатическая. В настоящее время описаны зеркальные нейроны, активирующиеся в ответ или параллельно в соответствующих областях мозга у собеседников при значимых отношениях, объясняющие эмпатическую эмоциональную сонастроенность¹. Клиническим выражением такой сонастроенности, по-видимому, является терапевтическое намерение психотерапевта, которое, по словам Ральфа Гринсона, является производным его характерологической черты, заключающейся в «сильном желании облегчить страдания», и на которой «пациент строит реалистичные объектные отношения» (Гринсон Р., 2003. С. 237, 423). Терапевтическое намерение включает процесс эмпатии так, что желание облегчить боль, существующее на уровне нейронов терапевта, организует соответствующий ответ на уровне нейронов пациента, зажигает его, инициируя его движение на пути к излечению.

Может ли быть выучено терапевтическое намерение в ходе терапевтического тренинга? Ответ на этот вопрос лежит в плоскости неспецифических «факторов терапевта», описанных в гл. 1. Здесь заметим, что опыт предшествующих терапий и собственного страдания, несомненно, играет роль, как и опыт собственной терапии, минимизирующей в том числе последствия синдрома выгорания². Как гипотетический можно рассматривать и генетический фактор, особенно в свете данных Лэнса Уоркмена и соавторов (Workman L., Reader W., 2014; Storey S., Workman L., 2013) о том, что область мозга, ответственная за межчеловеческую теплоту, эволюционно формировалась как производное области, отвечающей за восприя-

¹ Правая надкраевая извилина височно-теменного стыка коры играет выдающуюся роль в эмпатии, «включается», когда мы пытаемся понять другого, снижая детский эгоцентризм (Steinbeis N. [et al.], 2014; Silani G. [et al.], 2013).

² Синдром выгорания — накопление симптомов стресса в результате профессиональной деятельности, связанной с человеческими страданиями.

тие физического тепла, так что, по мнению британских исследователей, повышенная теплота ладоней может коррелировать с улучшением взаимоотношений при сотрудничестве.

Транстеоретическая модель терапевтического альянса в наркологии (первая сессия после дезинтоксикации)

Транстеоретическая модель предложена как часть программы Clinical Trials Network NIDA — «Сеть клинических исследований Национального института по вопросам злоупотребления наркотиками» (Campbell В. К., 2008). Модель строится на основе теории терапевтического альянса (Bordin Е., 1994; Luborsky L., 1983; 1996) и способе терапевтического вмешательства, называемого *role induction intervention* (ролевая индукция — РИ). РИ способствует формированию у клиентов, только что окончивших процесс детоксикации, позитивных ожиданий относительно их будущей роли участников лечебной программы, роли консультантов, а также возможного приобретения позитивного опыта выздоровления. Сообщают, что проведение РИ способствует росту посещений первой сессии в амбулаторной лечебной программе с 25 до 72 % (Campbell В. К., 2008). РИ отличается от МИ тем, что в фокусе МИ — стимуляция самостоятельного решения клиента лечиться, тогда как в фокусе РИ находятся усиление позитивных взаимоотношений между клиентом и терапевтом и формирование позитивных ожиданий от лечения.

МИ и РИ проводятся в течение одной часовой сессии. Сессия РИ называется сессией по установлению терапевтического альянса.

Сессия по установлению терапевтического альянса включает 4 главных элемента: 1) позитивную связь, которая развивается между терапевтом и клиентом; 2) «командный» подход; 3) соглашение о целях лечения; 4) соглашение о задачах лечения.

Позитивная связь устанавливается при уважении, неосуждающем наблюдении и теплоте, при рефлексивном выслушивании, при сообщении надежды и реальных ожиданий успеха в ходе непростой работы, в ходе демонстрации и поощрения клиентской смелости и попыток поведенческих изменений.

Центральным звеном всех элементов выступает рефлексивное слушание, умение задавать вопросы и суммировать, обеспечивая клиента информацией и обратной связью.

Особенно ценным является умение терапевта отвечать на неожиданные или негативные замечания клиента спокойно, с уважением, настаивая на сохранении позитивного настроения во взаимоотношениях. Это достигается путем использования рефлексивного

выслушивания, рефреймингом¹ и «роллингом сопротивления»² — методиками из арсенала МИ.

Структура сессии по установлению терапевтического альянса

I. Начало сессии (2 мин).

Содержание:

1. Представление терапевта.
2. Постановка цели сессии, где подчеркивается, что терапевт и клиент будут сотрудничать: «Мы будем работать вместе».
3. Расспрос о детоксикации и отражение опыта клиента.

Процесс:

- Процесс передает дружелюбие, теплоту и уважение.
- Терапевт проявляет интерес к состоянию клиента.
- С помощью «Мы» терапевт подчеркивает сотруднический характер лечения.

II. Планы после детоксикации (5 мин).

Содержание:

1. Расспрос:

- Каковы Ваши планы после детокса?
- Как Вы будете поддерживать трезвость?
- Какие мысли о дальнейшем лечении у Вас есть?
- «За» и «против» начала лечения.

¹ Рефрейминг, или изменение взгляда на проблему, достигается за счет нахождения позитивного, реалистичного или подходящего текущей ситуации момента в отрицающих утверждениях клиента. Затем утверждение отражается клиенту с найденным позитивным смыслом. Например, клиент говорит: «С меня достаточно детокса! Я знаю себя и знаю, что никто и ничто уже не встанет между мной и выздоровлением, так же как никто не скажет мне то, что я и сам не знаю!» Терапевт отвечает: «Это здорово, что вы знаете себя и осознаете свои возможности и ценность выздоровления! Если вы решите дальше продолжать лечение, мы вместе будем опираться на это!» (Campbell В. К., 2008).

² «Движение (перекатывание) вместе с сопротивлением» — принцип мотивационного интервью, согласно которому «сопротивление» не становится предметом конфронтации, оспаривания или ссоры, но терапевт «движется» (*rolled with* — «катится») вместе с ним с целью изменения восприятия клиента в ходе обсуждения. Главным образом это подразумевает принятие и уважение того, что говорит клиент. Затем терапевт может пригласить клиента взглянуть на проблему по-новому, ознакомиться с дополнительной информацией или новым толкованием информации. Например: Клиент: «Я лечился уже множество раз, и реального результата не получил». Консультант: «То, что Вы продолжаете добиваться выздоровления, хотя это и тяжело, говорит в Вашу пользу и подтверждает Вашу решимость. Обсуждение того, что не помогло Вам раньше, станет хорошей основой для планирования лечения в этот раз» (Campbell В. К., 2008).

2. Отражение в виде подведения итогов того, что сказал клиент.
3. Повторение цели сессии на основе информации, полученной от клиента: «Обращение за терапией, вероятно, совпало бы с Вашими планами... Терапия подходит для достижения Ваших целей...»

Процесс:

- С помощью рефлексивного слушания терапевт показывает интерес и уважение к взглядам клиента.
- Терапевт приглашает клиента к обсуждению будущего лечения.
- Происходит информирование о лечении; о том, что планы клиента и выбор лечения не противоречат друг другу.

III. Ожидания от лечения (8 мин).

Содержание:

1. Выражение намерения услышать о прошлом опыте лечения.
2. Обсуждение прошлого опыта лечения или того, что клиент слышал о лечении:
 - Что сработало, что — нет; что, по Вашим ожиданиям, сработает или не сработает на этот раз.
 - Отражение и подведение итогов.
 - Похвала за позитивные, реалистичные идеи (что сработало или сработает, что — нет).
 - Подчеркните положительный опыт: как можно реализовать то, что работает в предлагаемом клиенту лечении.

Процесс:

- С помощью рефлексивного слушания терапевт показывает интерес и уважение к взглядам клиента.
- Обсуждая ожидания клиента, терапевт делит с ним его надежды и неудачи, проясняет сомнения, помогает формировать реалистичные ожидания, а также надежду и ожидания возможности успеха.

IV. Цели лечения (10 мин).

Содержание:

1. Расспрос: «Какова Ваша главная цель, если Вы пойдете лечиться?» Если клиент еще не принял решения о продолжении лечения, можно расспросить его о целях после детокса, сообщив, что этих целей можно добиться при лечении.
2. Выработка договоренности: «Согласен... мы могли бы поработать...»
3. Выработка ожиданий успеха:
 - Какова степень уверенности в достижении целей? Попросить клиента рассказать, как, по его мнению, можно достигнуть поставленных целей. Если он еще не принял решения о продолжении лечения, попросить его представить, как он мог бы достичь своих целей без лечения и с лечением.

- Подведение итогов и отражение через суммирование позитивных и негативных (если они есть) ожиданий клиента.
- Усиление доверия достигается при расспросе клиента о том, какие моменты, касающиеся доверия, по его мнению, могли бы способствовать лучшему достижению лечебных целей.
- Формирование общих позитивных ожиданий: «Исследования показывают, что у людей, проходящих лечение...»:
 - улучшается ситуация в семье, на работе и/или в учебе;
 - решаются проблемы с законом;
 - приводится пример на основе цели клиента.
- Формирование специфических для клиента позитивных ожиданий: «Во время детоксикации Вы продемонстрировали, что можете...»

Процесс:

- С помощью рефлексивного выслушивания терапевт показывает интерес и уважение к взглядам клиента.
 - Выражает согласие с целями в контексте совместной работы.
 - Обсуждая ожидания клиента, терапевт делит с ним его надежды и неудачи, проясняет сомнения, помогает формировать реалистичные ожидания, а также надежду и ожидания возможности успеха.

V. Что происходит в процессе лечения (10–15 мин).

Содержание:

1. Вводная часть:

- Работа над целями клиента; обсуждение того, что срывается для клиента.
- Обсуждение административной стороны программы лечения: длительность, частота сессий, групповой или индивидуальный формат.

2. Обсуждение группового формата работы:

- Чего ожидает клиент от групповой работы?
- Что происходит в группе: разговор о чувствах, мыслях, поведении; обучение навыкам; предоставление/получение поддержки; обучение навыкам общения и отношений.
- Ответы на вопросы клиента, касающиеся групповой работы.

3. Обсуждение индивидуального формата работы:

- Чего ожидает клиент?
- Что происходит на сессии: разработка целей и планов; разговор о чувствах, мыслях, поведении; обучение навыкам; предоставление информации, выражение уважения и поддержки.
- Ответы на вопросы клиента, касающиеся индивидуальной работы.

4. Трудности в лечении (5–10 мин):

- Описание трудностей: трудности — это нормально; выздоровление проходит успешнее, если знать, чего ожидать.
- Расспрос: что Вы думаете о трудностях и том, как с ними справляться.
- Отражение/подведение итогов.
- Обсуждение типичных трудностей:
 - практических, например, как добраться до места лечения (транспорт; кому перепоручить заботу о маленьком ребенке и т. д.).
 - чувства хорошие («не нуждаюсь в лечении») и плохие («сдался»);
 - другим некомфортно из-за того, что Вы меняетесь, поддерживаете трезвость, посещаете терапию;
 - тяжело приходиться и разговаривать о влечении, потреблении, сдавать лабораторные анализы и т. д.;
 - ухудшение самочувствия перед улучшением. Появляющиеся чувства — признак прогресса.

5. Работа с трудностями:

- Мысли клиента о том, как справляться с трудностями.
- Что делать:
 - разговор о себе: «Скажите себе, что трудности ожидаемы, нормальны, это признак прогресса»;
 - посещение терапии: «Напомните себе о необходимости посещения терапии»;
 - говорите о трудностях на терапии, поднимайте эту тему в разговоре — мы будем работать вместе и найдем решение.

Процесс:

- Обсуждение ролевого вклада каждого позволяет прийти к убеждению, что оба участника — активные партнеры лечения.
- Обсуждение и проговаривание чувств тревоги и неуверенности по поводу будущей терапии.
- Прогнозирование трудностей и готовность к ним позволит лучше справиться с ними, если они появятся.

VI. Окончание сессии (5–10 мин).

Содержание:

1. Похвалите клиента за его вклад и идеи, которые он подал на сессии.
2. Позитивная связь — выражайте надежду на продолжение работы вместе.
3. Позитивные ожидания — заключение договоренности как рывок вперед в терапии.
4. Запись на амбулаторное лечение или иное направление.
5. Похвала за достигнутые изменения и планы на выздоровление.

Процесс:

- Заканчивать сессию в уважительной манере.
- Заканчивать сессию, исходя из новых партнерских отношений.
- Заканчивать сессию планированием следующего этапа терапии.

Терапевтический альянс как начальная стадия процесса психотерапии

Движение от контакта и раннего альянса до становления устойчивых доверительных терапевтических отношений, позволяющих пациенту контролировать употребление алкоголя, а терапевту — проводить в жизнь (совместно с пациентом осуществлять) этап за этапом намеченный лечебный план, называется этапом формирования стойкого терапевтического альянса.

У пациентов с невротическим уровнем организации психики это движение является естественным, а доверие к терапевту приводит к «податливости» терапевтическим вмешательствам и сотрудничеству. У пациентов с пограничным уровнем, определяющим тяжелые личностные расстройств, «податливость» отсутствует, и терапевт, готовый применить свои знания и умения по отношению к пациенту, который еще недавно дал формальное согласие на лечение, вдруг ощущает сопротивление, «натываясь на каменную стену». Именно с такими пациентами, составляющими от 40 до 60 % зависимого от ПАВ контингента, необходима интенсивная и глубокая работа по становлению доверительных отношений.

Сверхзадача этой стадии — сокращение дистанции между клиентом и терапевтом до интимной, в которой и возможна психотерапия. Обязанность клиента, если возможно вообще говорить о «правах и обязанностях»¹, — допустить терапевта на ранее небез-

¹ Мэри Кокс, английский психотерапевт, представитель транзакционного анализа, описала права и обязательства сторон альянса (Кокс М., 2000): «Ответственность и обязанности терапевта: обязанность заботиться — не причинять вреда, развивать автономию клиента и нацеленность на излечение; обязанность предупреждать — принимать во внимание и предпринимать соответствующие шаги для обеспечения безопасности клиента, терапевта и других лиц, например, семей клиента и терапевта, персонала, представителей общности; предоставлять информацию об администрации, диагнозе и лечении, включая методы терапевтической работы и ожидания участия клиента; таким образом построить первоначальную встречу (встречи), чтобы клиент был проинформирован и, следовательно, мог сделать разумный выбор и начальный контракт; получать релевантную информацию от клиента и с разрешения клиента из других соответствующих источников; обсудить и согласовать с клиентом финансовый и лечебный контракты.

Права психотерапевтов и консультантов: лечить в атмосфере уважения; запрашивать и получать релевантную и правдивую информацию от клиента;

опасную для клиента дистанцию и сформировать вторичную привязанность, добросовестно, в соответствии с контрактом посещая терапевтические сессии, выполняя работу внутри и вне сессий.

Дать согласие на комфортную дистанцию при поддерживающем поведении терапевта и позволить ему приблизиться и физически, и ментально — для пограничного человека не одно и то же. На близкой дистанции импульсивно активируется в самой архаической его части эго-состояние Ребенок, защищающийся бегством или насилием от возможного внедрения в него и последующего разрушения. Вступает в силу «закон талиона» («возмездия», «око за око»), когда акт помощи принимается за акт насилия, а сам помогающий подвергается агрессии.

требовать и ожидать отношения сотрудничества с клиентом; отвергать транзакции с клиентом, которые угрожают или могут угрожать благополучию или клиента, или терапевта (или любого другого человека); право на неприкосновенность и уважение частной жизни; право на прекращение контракта, включая конфиденциальность, по требованию законности и безопасности; ожидать и требовать справедливой компенсации за работу в форме, которая согласована и принята как клиентом, так и терапевтом.

Права клиентов (James M., 1977): на лечение с заботой и уважением; на полную и своевременную информацию о своей болезни, диагнозе и возможностях лечения; на получение информации и свободу спрашивать информацию о предлагаемом терапевтом лечении; на смену доктора или терапевта; на свободу от страха, что терапевт будет эксплуатировать их (сексуально, финансово, политически или как-либо иначе); без последствий для себя отказаться от вовлечения в исследование или эксперимент; продолжать ожидать такого же уважения и соблюдения прав после окончания лечения.

Ответственность клиентов: при отношениях равенства клиент также имеет обязанности. Они не являются открыто сформулированными и обсуждаются не так часто, как обязанности, ожидаемые от терапевта... Клиентам, возможно, необходимо более открытое взаимодействие и обсуждение того, что ожидается от них. На этой основе у клиентов можно затем открыто и в рамках контракта требовать: быть честными (откровенными); предоставлять релевантный материал для целей лечения; быть отзывчивыми по отношению к терапевту; принимать активное и сотрудничающее участие в терапевтической работе; принять ответственность за собственную безопасность и уязвимость, запрашивая помощь при необходимости; использовать мотивацию и энергию в работе с терапевтом для того, чтобы прийти к решению, облегчению дискомфорта и собственному благополучию; принятие связанности ограничениями взаимосогласованных контрактов, например, относительно времени, конфиденциальности, безопасности или различных аспектов лечебного процесса; уважать терапевта и его потребность в отдыхе и частной жизни; быть честным и открытым с терапевтом в своих желаниях, жалобах и позициях в отношении взаимодействия с терапевтом, терапевтического процесса (включая административный аспект)».

Психотический и пограничный уровни организации психики богаты на события такого рода, как проявления непонятного упорства, «неподатливости» и «несогласия», несмотря на очевидные преимущества следования терапевтическим рекомендациям. Такое «несогласие» и «неподатливость» описывают словом «нонкомплайенс» в противоположность «комплайенсу» — поведению, соответствующему предписаниям врача. Отсутствие готовности лечиться выражается в субоптимальном соблюдении лечебного режима, отказе получать различные виды помощи, нерегулярном посещении клиники, игнорировании рекомендаций специалистов, несоблюдении схемы приема психотропных препаратов (Kemp R., David A., 1996). Проблема достижения и сохранения комплаенса актуальна для лечения не только психотиков, но и пациентов с личностными расстройствами, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками (Pettinati H. M. [et al.], 2008). Саботаж достижения оптимального терапевтического уровня со стороны алкогольного «Я» подкрепляется большой частотой наличия у аддиктивных пациентов небезопасной привязанности (до 67 % — Wedekind D., 2013). В ходе формирования вторичной привязанности к терапевту эти пациенты повторяют используемый в детстве сценарий отношений.

Любое приближение, интенсификация психотерапевтических действий, приглашение к повышению своего вклада в терапию и ответственности за нее включают защитные механизмы и сопротивление.

На первом этапе психотерапии как можно скорее заключение контрактов, закрывающих «аварийные люки», оптимизирует движение терапевта и пациента навстречу друг другу.

Также с позиций нонкомплайентного поведения на этом этапе отрицательное значение для движения в сторону выздоровления имеют пропуски сессий или «неприход» на прием к врачу после установочной сессии (Mitchell A. J., Selmes T., 2007). Хелен Петтинати с коллегами (Pettinati H. M. [et al.], 2004. *Цит. по:* Mitchell A. J., Selmes T., 2007) рекомендуют сравнительно простые меры для сокращения частоты случаев неявок. Вот некоторые из них:

- предоставляйте возможность прийти на прием во второй половине дня;
- напоминайте пациенту по телефону за день о запланированном посещении;
- предоставляйте пациенту возможность выбрать дату и/или место посещения;
- планируйте посещение как можно быстрее;
- по возможности согласовывайте продолжительность курса лечения в самом начале;

- стремитесь установить и поддерживать хорошие терапевтические отношения;
 - вовлекайте пациента в процесс принятия решений.
- Если пациент не пришел на сессию, авторы рекомендуют:
- установить контакт с пациентом, направив ему письмо или позвонив по телефону;
 - оценить все имеющиеся, по мнению пациента, барьеры для посещения;
 - подтвердить, что пациент желает прийти на прием к врачу;
 - подтвердить, что пациент еще может быть осмотрен врачом непредвзято;
 - по возможности вселить надежду, что есть явный шанс для улучшения;
 - после пропущенного сеанса как можно быстрее назначить повторное посещение.

Способы продвижения альянса у пациентов с личностными расстройствами, которые наиболее часто сочетаются с алкогольной зависимостью

I. Пограничное личностное расстройство. Встречается у зависимых от алкоголя в 14,7 % случаев.

А. Экспресс-диагностика на этапе формирования альянса:

1. Проблемы с родителями, связанные с сепарацией-индивидуацией: пациент > 20 лет, вышедший из подросткового возраста, на приеме в сопровождении родителя; проживает с матерью, будучи не замужем/не женат; говорит «мы» вместо «я».

2. Попытка суицида в анамнезе, самоповреждения на теле, многочисленные рубцы на предплечье.

3. Трудности с соблюдением временных и межличностных границ (либо «прилипает», либо дистанцируется).

4. Попытки отыгрываний неприятных эмоций и воспоминаний через действия: импульсивные попытки убежать из кабинета, не объясняя причин или демонстрируя гнев.

Б. «Ловушка» во взаимоотношениях, или «огевидное» нарушение, которое хотелось бы исправить. Хочется конфронтировать отношения с матерью, дать совет, как физически и психологически отделиться.

В. Вмешательства, улугшающие терапевтический альянс:

1. Контракт на «не-убегание» из терапии и при возможности конфронтация импульсивного убегания из терапевтической комнаты путем мягкого, но настойчивого удерживания. Физическое ограничение при помещении в реабилитационный центр и затруднение отыгрывания неприятных эмоций путем дистанцирования («Дверь

заперта, и есть подписанный контракт на терапию») способствуют погружению пациента во внутренний процесс, диалогу и дальнейшей эффективной работе.

2. Контракт на не-самоубийство и на не-самоповреждения.

3. Уважительная конфронтация по Джеймсу Мастерсону (Masterson J., 1987–1998), который показал в «триаде пограничного синдрома», что активность «Я» ведет к депрессии, что, в свою очередь, ведет к защите через отыгрывания. Поэтому конфронтация физических и ментальных (защиты путем идеализации или преследования, в том числе и самого себя) отыгрываний приводит к переживанию депрессии заброшенности, к прохождению через нее и к интеграции расщепления в «Я». Согласно Дж. Мастерсону, конфронтация в этом смысле является настойчивым и совершаемым с эмпатическим и интуитивным привлечением внимания пациента к отрицаемым самодеструктивным дезадаптивным проявлениям его защитного поведения. Конфронтация «алкогольного юмора», «юмора висельника» (Watson K., 2011) и ощущения внешнего «показного» благополучия относятся к феноменам этого ряда. Отсутствие конфронтационных трансакций может приводить к развитию контр-трансфера и установлению замещающих симбиотических отношений между терапевтом и клиентом, ощущению «понимания и альянса» при отсутствии реального движения в сторону выздоровления.

Наблюдение 11

Пациентка К., 30 лет, медицинская сестра, имеет алкогольную зависимость с импульсивным поведением и неустроенную семейную жизнь. После конфликта с матерью на фоне алкогольной интоксикации пыталась отравиться таблетками из домашней аптечки. После детоксикации согласилась пойти в терапевтическую группу, которую покинула, ссылаясь на бесполезность психотерапевтического лечения, молодость и неопытность терапевта (отыгрывание через уход из терапии и защита через слияние с преследующим объектом). После острого срыва ремиссии и угрозы суицидом была госпитализирована в психиатрическую клинику, где быстро оправилась, принимала дисульфирам и «подружилась» с заведующей отделением — женщиной в возрасте ее матери (защита через идеализацию объекта). Враг испытывала к ней чувства симпатии и вдохновлялась ее вовлеченностью в терапию и быстрый прогресс (дополняющий контрперенос), о чем в соперничающем стиле сообщила групповому терапевту. Перед выпиской К. было предложено место медицинской сестры в отделении. К. согласилась, но уже через несколько месяцев, будучи в состоянии алкогольного опьянения, в отместку за недавний выговор ногой выпустила из отделения нескольких психотиков.

II. Антисоциальное личностное расстройство. Встречается у зависимых от алкоголя в 12,3 % случаев.

А. Экспресс-диагностика на этапе формирования альянса:

1. Судимость.
2. Непроизвольная вербальная агрессивность при рассказе о событиях своей жизни.
3. Заброшенность, воспитание без родителей, воспитание в детском доме и др.

4. Раннее начало алкоголизации с быстрым формированием физической зависимости.

5. Татуировки, шрамы от самоповреждений и суицидальных попыток.

6. Фамильярность и отсутствие дистанции в общении.

7. Попытки манипуляций.

Б. «Ловушка» во взаимоотношениях, или «огевидное» нарушение, которое хотелось бы исправить. Представляется, что легко можно договориться, заключить контракт, объяснить, дать совет.

В. Вмешательства, улузшающие терапевтический альянс:

1. Работа по формированию вторичной привязанности: быть предсказуемым и надежным, выполнять данные обещания, формировать интерес к другому человеку и его внутреннему миру, улыбаться и отражать.

2. Заключить все виды контрактов, закрывающих «аварийные люки».

3. Описать и подчеркнуть границы конфиденциальности, объяснить, что «врачебная тайна» не равнозначна «тайне церковной исповеди», что терапевт по закону обязан сообщить в полицию об известных ему фактах преступлений против личности или о планируемых преступлениях.

4. Поощрять выражение чувств и в особенности траурных подавленных чувств в отношении ранних потерь клиента: брошенности, одиночества, физического и сексуального насилия в детстве, пьющих родителей и др.

5. Заключить ясный финансовый контракт, предусматривающий предоплату. Исключить любые бартерные соглашения.

III. Обсессивно-компульсивное личностное расстройство. Встречается у зависимых от алкоголя в 12,1 % случаев.

А. Экспресс-диагностика на этапе формирования альянса:

1. Пунктуальность.

2. Внешняя аккуратность.

3. Стремление установить точный алгоритм действий.

4. Ипохондричность.

5. Скупость в проявлении чувств.

6. Нерешительность вплоть до «паралича выбора», мания сомнения, избегание, затягивание.

Б. «Ловушка» во взаимоотношениях, или «огевидное» нарушение, которое хотелось бы исправить. Конфронтировать или попытаться изменить поведение, например, советуя, «больше отдыхать, найти более безопасные способы расслабления, чем алкоголь, и др.»

В. Вмешательства, улугшающие терапевтический альянс:

1. Присоединение через мышление.

2. Взятие на себя большей части ответственности за выбор терапевтического метода с использованием «ролевой индукции» и формированием позитивных ожиданий от лечения «в команде».

3. Использование эмпатического стиля взаимоотношений для движения в сторону выражения чувств и ипохондрических опасений. У обсессивно-компульсивных пациентов существует игнорируемая ими парадоксальная особенность их алкогольной зависимости: с одной стороны, в состоянии ремиссии они сверхценно озабочены своим здоровьем, тщательно следят за диетой и гиперболизируют побочные эффекты препаратов, но, с другой стороны, в состоянии запоя они активно подрывают свое здоровье и профессиональное реноме. Подобная парадоксальность и полярность напоминает расщепление пограничной личности, старающейся не соприкоснуться со сложной гаммой чувств депрессии заброшенности¹. Нельзя исключать возможность пограничной организации некоторых пациентов с обсессивно-компульсивной личностью, и тогда становится понятным, что, поддерживая расщепление, пациент избегает выражения переполняющих его чувств. Даже в состоянии опьянения обсессивно-компульсивные стараются не терять контроль над ситуацией. Если такое все же случается, они испытывают рэкетную вину и «наказывают» себя работой, заменяя алкоголизм на работоголизм.

IV. Параноидное личностное расстройство. Встречается у зависимых от алкоголя в 10,1 % случаев.

А. Экспресс-диагностика на этапе формирования альянса:

1. Подозрительность (иногда «прищуренный» взгляд).

2. Склонность проецировать свои чувства на других, в том числе на терапевта.

3. Недоверчивость.

4. Чувствительность к критике и ограничениям.

5. Приписывание безобидным инцидентам скрытого значения.

¹ Дж. Мастерсон (Masterson J., 1988. P. 61) называет составляющие депрессию заброшенности чувства «Шестью всадниками психического Апокалипсиса». Это чувство суицидальной депрессии, паники, чувство гомицидной ярости, вины, безнадежности (беспомощности) и пустоты (вакуума).

Б. «Ловушка» во взаимоотношениях, или «очевидное» нарушение, которое хотелось бы исправить. Хочется сразу же указать на неправильное поведение и критиковать идеи недоверия, ревности, подозрительности и преследования.

В. *Вмешательства, улузшающие терапевтический альянс:*

1. Минимизация критических трансакций.
2. Поощрение за хорошее мышление и приглашение к заключению контракта, запрещающего агрессивные отыгрышания, в следующей интерпретации: контракт на «не-причинение» физического вреда себе и другим.

3. Надежность, точное выполнение своей части контракта, соблюдение законности финансовых взаиморасчетов, строгое соблюдение конфиденциальности.

4. Постоянная работа по созданию атмосферы безопасности, в том числе отслеживая собственные слова или невербальные проявления, которые могут быть расценены клиентом как враждебные. Не дотрагиваться до клиента.

5. Использование чувства юмора исключительно по отношению к себе. Возможность подшучивания над клиентом с его ответной улыбкой Дюшена (Duchenne Expression — искренняя улыбка с использованием мимических мышц вокруг глаз и рта; Вонанпо G. A., 2010) будет свидетельствовать об установлении доверительных взаимоотношений.

6. Осторожное движение в сторону выражения чувств, поскольку мощная энергия чувств страха и гнева у параноидных клиентов требует специальных безопасных условий эмоциональной работы.

7. Заключение других контрактов, закрывающих «аварийные люки».

В. Нарциссическое личностное расстройство. Встречается у зависимых от алкоголя в 9,1 % случаев. Патологический нарциссизм пронизывает алкогольную личность, сосуществуя с другими личностными радикалами, обуславливая многие непривлекательные черты, такие как необоснованное чувство правонаделенности, эксгибиционизм и бесстыдство.

А. *Экспресс-диагностика на этапе формирования альянса:*

1. Частое употребление слова «Я» к месту и не к месту.
2. Разговор о себе, перевод любой темы на разговор о себе, своих собственных попытках справиться самому.
3. Бескомпромиссность оценок и высказываний.
4. Поглощенность завистью.
5. Чувствительность к мнению высокопоставленных людей.

Б. «Ловушка» во взаимоотношениях, или «очевидное» нарушение, которое хотелось бы исправить. Хочется сразу же указать на не-

правильное поведение и критиковать за отсутствие эмпатии, понимания проблем и мотивов действий других людей, пытаться объяснить, что, «помогая другим, ты помогаешь себе».

В. Вмешательства, улугшаающие терапевтический альянс:

1. На первых сессиях, пожалуй, наилучший выбор — это позволять им говорить о себе, акцентируя внимание на прежних успехах и уважении, которого они достигли. Такая тактика, безусловно, будет удерживать их, залечивая «нарциссическую рану»¹, но вряд ли продвинет их к пониманию безусловного несовершенства человека, отнюдь не связанного с неудачливостью и никчемностью (Milton T., 1999).

2. Иной подход, названный «отзеркаливающими интерпретациями нарциссической ранимости», предлагает Дж. Мастерсон, приглашающий нарцисса во внутренний процесс. Дж. Мастерсон пишет, что если для пограничного клиента опоздание на сессию может быть конфронтировано замечанием, что он сам у себя отнимает рабочее время, то для нарциссического клиента опоздание должно интерпретироваться следующим образом: «Для вас, должно быть, очень болезненно говорить здесь о себе, и вы, наверное, чувствуете потребность устраниваться от этой боли» (Masterson J., 1987—1998).

3. Контракт, определяющий, что можно обсуждать, а что — нет.

4. Контракт на «не-убегание» из терапии.

Наблюдение 12

Клиент: Я пью, потому что меня никто не понимает, я не могу больше находиться в подчинении этих ничтожеств, этих людей, которые ничего собой не представляют! А я должен еще и унижаться перед ними!

Терапевт: Когда Вы пьете, Вам становится легче... Вы можете подняться над ними...

Клиент: Легче?! Да не в этом дело... И Вы меня не понимаете! (Порывается уйти, но, вспомнив контракт, остается.)

Терапевт: Большое спасибо, что Вы нашли силы остаться... На самом деле я хорошо понимаю, как Вы старались с присущей Вам творческой энергией оптимизировать рабочий процесс, но не были поддержаны... и погувствовали разогоарование, опустошенность... и даже боль...

Клиент: Да, это внутри меня... как жерло вулкана... разверзлось. И мне его не залить...» (Плачет.)

¹ «Ущерб, нанесенный самоуважению» (Райкрофт Ч., 1995. С. 94).

ГЛАВА 5

ДЕКОНТАМИНАЦИЯ, ИЛИ ВОССТАНОВЛЕНИЕ СПОСОБНОСТИ АДЕКВАТНО ОЦЕНИВАТЬ СЕБЯ И ОКРУЖЕНИЕ

5.1. Что такое контаминация и деконтаминация, их виды

Контаминация — это метафора из ТА, позволяющая понять и увидеть на рисунке (рис. 8), каким образом Родительские предрассудки или иллюзии Ребенка — последствия неразрешенных травм детства — вторгаются в рациональную область личности (Взрослое эго-состояние), функционирующую по принципу реальности, заставляют Взрослого «учитывать» болезненное прошлое в повседневной жизни, тем самым искажая реальность. Слово «контаминация» также переводится с английского как «заражение».

Нейрофизиологически контаминацию можно понять с позиций влияния на развивающийся мозг тяжелых травматических событий, связанных с детско-родительскими интеракциями. Неразрешенные травматические события транслируются от родителей к ребенку, дезорганизуя поведение и обуславливая повышенную чувствительность к стрессовым событиям. Люди с историей нерешенной травмы и печали гораздо легче втягиваются в состояние, называемое в интерперсональной нейробиологии (Siegel D. J., Hartzell M., 2003) «поведением нижнего пути», при котором заблокирована средняя префронтальная кора. При этом нарушается регуляция девяти функций средней префронтальной коры, включая телесную регуляцию, присоединение/подстройку, балансирование эмоций, гибкость

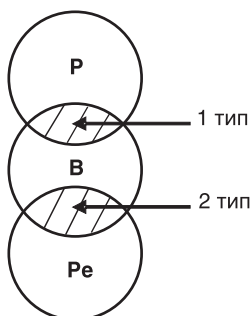


Рис. 8. Типы контаминаций:

На рисунке изображена двойная контаминация, характерная для алкогольной личности.

1 тип — контаминация Родителем Взрослого эго-состояния.

2 тип — контаминация Ребенком Взрослого эго-состояния.

реакций, эмпатию, осознание, связанное с самопознанием, ослабление страхов, интуицию и мораль.

Деконтаминация, или обеззараживание, или вторая дезинтоксикация, или разминирование границ Взрослого, является терапевтической процедурой, позволяющей нормативному «Я» (Взрослому) освободиться от навязанных и неэффективных в настоящей жизни Родительских предрассудков, а также освободиться от иллюзий и страхов, обрести власть над своей жизнью, почувствовать свою ответственность за нее и признать наконец профессиональную роль терапевта (или членов трезвого сообщества). В процессе деконтаминации Взрослая часть клиента встречается со Взрослой частью терапевта основательно и надолго; формируется, помимо контрактной связи, новая терапевтическая связь. Эта новая связь еще не совсем свободна от трансферентных искажений, напоминает связь «родитель — ребенок», но отличается от биологической внутрисемейной связи тем, что клиент и терапевт активно формируют ее как противовес неэффективной вынужденной внутрисемейной связи. Новые отношения, будучи интериоризированными, помещенными в эго-состояние Родитель клиента, предлагают разрешение для выбора нового пути.

Деконтаминация может быть двух типов: деконтаминация Взрослой части от Родительских предрассудков (первый тип) и деконтаминация Взрослой части от травматических иллюзий, содержащихся в Ребенке (второй тип).

Стивен Карпман (Karpman S., 1974) описал деконтаминационную транзакцию «глаз быка»¹ (рис. 9), предназначенную для одновременного вмешательства со стороны терапевта во все три эго-со-

Рис. 9. Деконтаминационная транзакция «глаз быка» (пояснения в тексте, см. Наблюдение 13: Транзакции терапевта (пояснения в тексте):

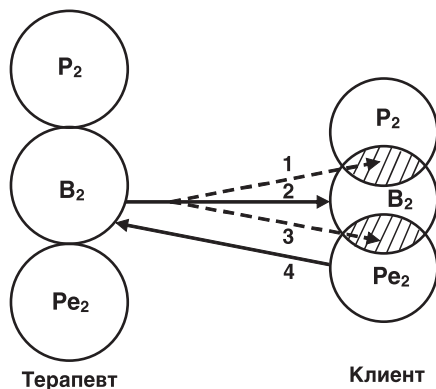
1 — «Эти мысли часто бывают у родителей».

2 — «Я понимаю Ваш страх, тем не менее мысли сами по себе не могут причинить вреда».

3 — «Ваша дочь не умрет!»

Транзакция клиента:

4 — «Мне гораздо легче!»



¹ «Глаз быка» (*bull's eye*) — это три круга в центре мишени для игры в дартс, при попадании в которые дается максимальное число баллов. Поруски — в яблочко.

стояния клиента. При этом Взрослый получает недостающую информацию, Родитель — уважение и нормализацию аморальных мыслей и влечений, а Ребенок успокаивается. Рисунок 9 иллюстрирует применение этой техники.

Наблюдение 13

Клиентка З., фармацевт, страдающая от алкогольной зависимости I—II ст., мать двух дочерей, в терапевтической группе высказалась, что боится, что ее первая дочь может умереть, так как З. родила вторую дочь «на всякий случай», «если вдруг с первой дочерью что-то случится». З. считает, что такими мыслями она нанесет вред дочери, поэтому пьет: алкоголь снимает напряжение и «убивает» плохие мысли.

Трансакция «глаз быка» со стороны терапевта: «Я понимаю Вас. У родителей встречаются такие мысли, и я ответственно заявляю, что мысли сами по себе не могут нанести вреда. Ваша дочь не умрет!»

В гл. 2 при описании алкогольной личности мы останавливались на феномене расщепления и существовании нормативного «Я» и алкогольного «Я». Одна из структур алкогольного «Я» тесно связана с преследующими, контролирующими Родительскими интроектами, включающими патологическое алкогольное поведение Ребенка. Это стержневая система, лежащая в основе сценарного выбора алкоголика. По мере развития заболевания эта система «обрастает» подтверждающими ее существование новыми патологическими фигурами старших и младших собутыльников, Спасателей и Преследователей с токсическим очарованием и блеском их поведения — как свежесрубленная елка, которая наряжается к новому году, чтобы достигнуть пика своей красоты и нужности ко времени алкогольного разгула вскоре после полуночи и через несколько горьких похмельных дней быть выброшенной на помойку.

Деконтаминация первого типа позволяет расчистить Родительское поле алкоголика от приглашенных интроектов недавних авторитетных пьяниц, а также от старых призраков, унижающих и преследующих. На этом поле могут появиться старые-новые Родительские фигуры, которые ранее были в тени Преследователей и Спасателей, а также и старые патологизированные фигуры из «первой линии» могут обратиться своими позитивными частями. Наконец, на расчищенном поле в «первую линию» может стать и фигура (интроект) терапевта, голос которого будет значимым.

Деконтаминация второго типа позволяет Ребенку освободиться от травм недавней бурной жизни, страхов, разочарований и потерь, с ней связанных. В результате деконтаминации второго типа Ребенок станет восприимчив к позитивным «голосам» интроектов и

«голосу» терапевта — новому приобретению психики клиента, которое будет оставаться с клиентом все время, пока терапевт физически отсутствует. При этом Ребенок клиента может принять много интересных и важных новых решений, попытаться понять и простить своих биологических родителей. Однако процесс деконтаминации, ввиду в том числе и его относительной кратковременности, не затронет старых, «довербальных» травм и образующих личностную структуру конфликтов. Столь значимые перерешения патологического сценария жизни возможны в долгосрочной психотерапии, ориентированной на различные типы переноса. С другой стороны, последствия деконтаминации, особенно в поддерживающих условиях социальной и семейной среды, при достаточном обеспечении новых разрешений, предоставленных интроектом терапевта, могут инициировать глубокий, напоминающий цепную реакцию процесс изменения.

Наблюдение 14

Один из консультантов, бывший пациент наркологической клиники М., 30 лет, имеющий восьмилетний срок трезвости, после прохождения процедуры речайлдинга¹, где он в прошлом интрасубъективном пространстве наконец полугил желанную вещь, по прошествии двух месяцев заметил, что он все больше и больше нагиает погружаться в прошлое и переживать хорошие эпизоды детства, которые ранее были вытеснены так, что М. считал, что у него было всецело проблемное детство. «У меня вдруг появилось счастливое детство!» — сказал М.

5.2. Психотерапия алкогольного расщепления

В транзакционном анализе различные стороны «Я» называются эго-состояниями со своими поведенческими моделями, типичными мыслями и чувствами. С определенной долей условности мы могли бы говорить о том, что эго-состояние Взрослый опосредуется деятельностью префронтальной коры; эго-состояние Ребенок, особенно в той его части, что связана с поиском удовольствий, опосредуется системой поощрения среднего мозга, а поддерживающая, понимающая *другого* деятельность эго-состояния Родитель опосредуется

¹ Речайлдинг как процедура, описанная Петрушкой Кларксон и Сью Фиш (Clarkson P., Fish S., 1988), представляет собой работу по деконтаминации 2-го типа и по созданию нового Детского эго-состояния или нового опыта. Например, клиент вспоминает какой-либо неудачный, с его точки зрения, эпизод детства и в поддерживающих условиях терапевтической регрессии проживает старый дисфункциональный опыт по-новому.

активностью нейронов надкраевой извилины височно-теменного стыка и передней части островковой коры (Steinbeis N. [et al.], 2014). В норме все эго-состояния интегрированы в целую личность, так что мы не чувствуем себя разобщенными, хотя в каждый данный временной отрезок мы проявляемся через какое-то одно эго-состояние. Так, мы можем вести себя, чувствовать и думать как двенадцатилетний ребенок, когда занимаемся коллекционированием марок, но тотчас же мы становимся взрослыми, отвлекаясь на срочный деловой звонок.

Длительное употребление алкоголя и алкогольная зависимость формируют стойкое расщепление личности на алкогольную часть (алкогольное «Я») и нормативную часть (нормативное «Я»). Например, жена писателя-алкоголика Александра Грина отмечала, что «Грин-писатель и Грин-человек — совершенно разные личности»¹. Грин-человек безбожно пил, буянил, скандалил в общественных местах, покушался на убийство, а Грин-писатель писал все лучше и постепенно становился известным российским писателем (Шувалов А. В., Бузик О. Ж., 2015).

Существует множество доказательств, что алкогольное «Я» обрывается, используя в качестве некоей основы проблемные стороны преморбидной личности, разнообразный детский травматический опыт и дистрессовые события, возникающие по ходу «алкогольной жизненной траектории». Нормативное «Я» необходимо для поддержания нормального функционирования в семье и социуме; оно «старше» алкогольного «Я», если рассматривать последнее в качестве самостоятельной патологической субличности. Части алкогольного «Я» содержат и травматический детский опыт, который с помощью диссоциации инкапсулировался внутри основной личности как глубокий хронический гнойник, сигнализирующий о своем присутствии тупой болью и интоксикацией. В состоянии алкогольного опьянения эти инкапсулированные части могут дренироваться, обеспечивая чувство временного облегчения.

Лиза Найавиц (Najavits L., 2002; 2013), автор популярной терапевтической концепции «Поиск безопасности», находит много общего между наркологическим заболеванием и посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), особенно в защитных механизмах диссоциативного расщепления или отделения пережитого угрожающего травматического опыта от опыта основной личности путем

¹ Совершенно невозможно предположить и поверить, что Александр Грин — воплощение булгаковского Шарикова в социальной жизни — смог написать возвышенное, романтическое произведение «Алые паруса». Диссоциация здесь бросается в глаза.

погружения его в бессознательное психическое. Внутри целостной до наступления травматического события личности образуется отщепленная пострадавшая часть, аккумулирующая вокруг себя опыт унижения, боли и стыда, делая этот опыт недоступным. Именно на этой основе возможно формирование алкогольной субличности, которая включается, чуть только нормативная личность теряет контроль. Расщепление определяется всякий раз, когда пациент говорит о «переключении» в другое состояние. Расщепление приводит к отсутствию безопасности, поскольку индивид оказывается под контролем частей «Я», которые он сам практически не может контролировать или которые неконтролируемы в принципе. Л. Найавиц говорит о нескольких клинических последствиях расщепления: «Во-первых, расщепление может приводить к тому, что у пациентов возникает значительная амбивалентность в отношении выздоровления. Если эту проблему не признать частью лечения, пациенты, скорее всего, будут стыдиться того, что «не хотят поправляться». Во-вторых, большую пользу приносит ситуация, когда пациенты определяют различные стороны своего «Я», в результате чего они могут лучше управлять ими в случае их проявления. Обратите внимание, что некоторые стороны могут быть здоровыми частями «Я» (например, Взрослый), и их так же важно описать, как и менее адаптивные части. В-третьих, хотя такие случаи крайне редки, расщепления при диссоциативном расстройстве идентичности могут быть настолько экстремальными, что другие альтер-эго пациента могут даже не подозревать о существовании альтер-эго, потребляющего вещества, и возможно, во время лечения с этим альтер-эго придется обращаться как с отдельным человеком» (Najavits L., 2002. P. 224).

Работая с наркологическими пациентами и рассматривая их с позиций ПТСР, Л. Найавиц фактически говорит об алкогольном расщеплении, как о расщеплении при «расстройстве множественной личности — РМЛ» (Патнем Ф. В., 2004). По нашему мнению, алкогольное расщепление имеет различную степень выраженности — от относительно доброкачественных форм, когда переключения ограничиваются рамками негативных эго-состояний (см. гл. 2), вполне доступных рациональному самоконтролю и чувствительных к внешней конфронтации и сдерживанию¹, до злокачественных форм, когда переключение внезапно и компульсивно либо амнестически деструктивно, когда пациент не может вспомнить, «как очутился у стойки бара». Есть и другие формы постепенного переключения, о чем сообщает Ю. В. Валентик (2000b), а также формы,

¹ Вспомним принцип «десятиминутного серфинга с влечением» А. Г. Марлатта.

в которых нормативное «Я» поглощено и содержится алкогольным «Я» на голодном пайке только для того, чтобы нормативное «Я» могло поддерживать имидж «несумасшедшего» человека.

С учетом вышесказанного нам кажется полезным остановиться на некоторых клинических находках терапевтов РМЛ, коль скоро связанные с алкогольной зависимостью альтер-личности могли бы стать яркими метафорами событий внутри алкогольной личности, представить эти события максимально наглядно. Согласно Ричарду П. Клафту (Kluft R. P., 1984), альтер-личность представляет собой некую психическую сущность с прочным, устойчивым и хорошо укорененным чувством самости («Я». — *Авт.*), обладающую также характерным и последовательным паттерном поведения и чувствования в ответ на данный стимул (алкоголь. — *Авт.*). Эта сущность должна иметь определенный диапазон функционирования, эмоциональных реакций и значительную историю жизни (собственного существования). Альтер-личность начинает отщепляться от главной личности — той, что определяет идентичность и с которой человек родился, с целью помочь организму выжить в ситуации экстремально-го стресса. Ф. Патнем (2004) приводит классическую констелляцию «личностной системы» при РМЛ: подавленная и беспомощная главная личность, которая является амнестичной в отношении других альтер-личностей.

Описываются следующие виды альтер-личностей, которые у большинства зависимых, как принято думать, находятся только в виде интроектов.

Альтер-личности, злоупотребляющие ПАВ. Существование злоупотребляющих алкоголем, снотворными и наркотиками альтер-личностей достаточно типично для РМЛ и является общей характерной чертой РМЛ у мужчин. Преследующие альтер-личности находятся в непримиримой конфронтации с главной личностью, саботируют интересы пациента, например способствуя разрушению семьи, социальной и профессиональной жизни пациента. Именно на них лежит ответственность за эпизоды самоповреждений и суицида, которые, по сути, являются попытками внутреннего гомицида, так как преследующие альтер-личности хотят убить главную личность. В ТА преследующие интроекты описывают как негативные Родительские фигуры, проявляющиеся унижающими, контролирующими «голосами», которые обращаются к послушному или бунтующему внутреннему Ребенку, совершающему порой непоправимые поступки. При исследовании внутренних преследователей, оформленных в альтер-эго, был установлен детский и подростковый возраст этих альтер-личностей, которые ранее контейнировали жестокий опыт, но затем в «негодование» на эту неблагодарную функцию

обратили свой гнев на главную личность, которая старалась отрицать их и даже избавиться от них. Думается, что диалогичные суициды больных АЗ имеют в своей основе подобный механизм. Суицидальные альтер-личности, напротив, ничего не знают о главной личности и стремятся исключительно к самоуничтожению. Их существование может отчасти объяснять и бездиалоговые суициды зависимых от алкоголя. У мужчин с РМЛ материнский интроект оформлен в виде альтер-личности «старшей материнской фигуры».

Существуют и помогающие альтер-личности, например, так называемый Внутренний Помощник, который вызывает скорую помощь после совершения суицида Внутренним Преследователем. Внутренний Помощник сообщает терапевту о достоинствах и недостатках пациента и указывает, что необходимо сделать, чтобы помочь пациенту. Эту альтер-личность идентифицируют с наблюдающим Эго, эго-состоянием Взрослый и позитивными Родительскими фигурами. «Проявления наблюдающего Эго, — пишет Ф. Патнем (2004), — можно заметить и у пациентов с другими психиатрическими диагнозами, и у любого другого человека... Эти мудрые голоса, приходящие из внутреннего мира, имеют большое значение, однако было бы ошибкой всецело полагаться на них... необходимо выслушивать то, что говорит пациент... когда Внутренний Помощник оказывается доступным, однако в конце концов терапевт должен опираться на свое собственное... мнение» (С. 276, 277).

Терапевтические техники

Расщепление предполагает интеграцию. В случаях РМЛ интеграцию и слияние диссоциированных частей личности проводят через метаболизацию (переваривание) психической травмы путем отреагирования вытесненных эмоций в безопасном окружении. Каждая личностная часть выражает в терапевтической ситуации свой болезненный опыт и находит понимание у главной личности и других альтер-личностей; наблюдается эрозия или разрушение границ между субличностями. Окончательное слияние и интеграция — это длительный процесс, зависящий от некоего внутриличностного консенсуса, которого, кстати, не было на протяжении довольно длительного времени. В связи с этим Р. П. Клафт (Kluft R. P., 1984) считает неплохим результатом достижение стабильного чувства единства в отношении целеобразования и мотивации. Отметим, что все попытки «убрать», «подавить», «аннигилировать» наиболее опасные альтер-личности, например, в техниках экзорцизма (изгнания субличности одержимости Внутренним Демоном), не приводили к долговременному успеху и даже наоборот играли против терапевта, обесценивающего реальный опыт личности.

Что касается алкогольного «Я», то К. Нэккен (Nakken С., 1996) считает его чем-то вроде злокачественной опухоли, которую желательно удалить чем раньше, тем лучше. Понятно, что алкогольное «Я» можно диагностировать как опухоль (обозначить, распознать, определить границы распространения). Но что делать в том случае, когда убрать алкогольное «Я» — значит убить и большую часть здорового «Я»? Иллюстрацией такой спасительной жизни «под защитой» алкогольного «Я» является жизнь Александра Твардовского — поэта-алкоголика, автора «Василия Теркина», алкоголизм которого, по словам Александра Исаевича Солженицина, был спасительным для него в условиях сталинской диктатуры. Или иной аспект. Для того чтобы произошло слияние, необходимо добиться «со-сознания», то есть общего пространства осознания для всех альтер-личностей. Возможно ли такое по отношению к алкогольному расщеплению? Предполагается, что да. Нормативное «Я» можно познакомиться с алкогольным, что будет терапевтично, но насколько алкогольное «Я» может быть уверено в подлинности нормативного? Насколько оно готово, будучи слитым (но не интегрированным!), не использовать манипулятивно нормативное «Я» и собственное тело в качестве шофера и машины по обеспечению «сухих» аддиктивных нужд? Обман присущ пациентам с РМЛ, но обман является и неотъемлемой чертой алкогольного «Я». Если в первом случае типично «бегство в выздоровление», то во втором — «бегство в контролируемое употребление»¹. Возможно, что контролируемое употребление и есть результат такого слияния или, что вернее, является компромиссом алкогольного и нормативного «Я».

Терапия алкогольного расщепления представляется непростым делом. И все же можно говорить о вполне осуществимых этапах на этом пути. Первый этап — это возможность добиться контролируемого употребления алкоголя. Второй этап — осознание наличия алкогольного «Я». Третий этап — отчуждение алкогольного «Я».

Контролируемое употребление алкоголя

Известно, что риск возникновения и тяжесть алкоголь-ассоциированных соматических и психических расстройств связаны как

¹ Данные в отношении возможности контролируемого употребления алкоголя для пациентов с зависимостями следует интерпретировать с большой осторожностью. Хотя в краткосрочном периоде (1–2 года после исчезновения симптомов АЗ) сообщается о высоких процентах (около 50 %) частичной ремиссии, когда пациенты выпивают без признаков АЗ или симптомов интоксикации, через 3 года в тех же популяциях рецидивы АЗ возникают у 51 % «асимптоматических» (принимających алкоголь без симптомов АЗ) потребителей алкоголя, у 27,7 % малопьющих и лишь у 7,3 % абстинентов (Dawson D. [et al.], 2007).

с объемом употребляемого алкоголя, так и с абсолютной или относительной частотой злоупотребления (Dawson D., 2011; Shield K. D. [et al.], 2013). Средняя дневная доза на уровне 35–45 г (245–315 г в неделю) увеличивает риск смерти, а риск различных хронических медицинских заболеваний присутствует уже при употреблении 25 г алкоголя в день или 175 г в неделю (Dawson D. A., 2011). Эти объемы соответствуют объемам опасного и вредного употребления алкоголя, установленным ВОЗ (ICAP, 2003) (табл. 4).

Таблица 4

Уровни употребления алкоголя согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения*

Уровень риска	Количество потребляемого алкоголя		Вредные последствия
	Мужчины	Женщины	
Низкий	3 порции** в день, не более 21 порции в неделю (распределение по всей неделе, минимум 2 трезвых дня)	2 порции в день и 14 порций в неделю (распределение по всей неделе, минимум 2 трезвых дня)	Минимальные***
Средний	3–7 порций в день и 22–49 порций в неделю	2–5 порций в день и 15–35 порций в неделю	Повышенный риск возникновения соматических проблем (гипертензия, проблемы с печенью)
Высокий	7 и более порций в день или более 50 порций в неделю	Более 5 порций в день или более 35 порций в неделю	Проблемы в физическом и психическом благополучии, а также социальные проблемы

* Предполагается, что при употреблении спиртных напитков, а также их продаже и маркетинге потребители, производители и поставщики должны руководствоваться стандартной дозой, однако, как показано исследованиями, это понятие совершенно по-разному трактуется в различных странах, и фактический объем «стандартной порции», покупаемый, например, в барах, часто превышает реальный стандартный объем (Devos-Comby L., Lange J. E., 2008).

** Одна порция алкоголя — 8 г (10 мл) этилового спирта (около 200 мл пива (5 % спирта), 85 мл вина (12 % спирта), или 25 мл (40 % спирта) крепких напитков).

*** Алкоголь категорически запрещен детям, беременным женщинам, людям с соответствующими психическими и соматическими заболеваниями.

Снижение дозы алкоголя (особенно с вредного уровня) приводит к улучшению показателей смертности: разница в снижении на 18,3 г этанола в день между экспериментальной и контрольной группой приводила к 43 % снижению смертности (Rehm J., Roegcke M., 2013). В СССР антиалкогольная кампания М. С. Горбачева в 1984–1987 гг. способствовала резкому снижению смертности от всех причин (практически на 30 % для женщин и на 40 % для мужчин), а ее отмена повлекла за собой двукратный рост смертности среди граждан (Bhattacharya J. [et al.], 2012). С помощью специально разработанной модели было показано, что снижение числа «запойных» дней на 20 дней в год приводит к значительному снижению негативных последствий для здоровья, включая ишемическую болезнь сердца, ишемический инсульт, травмы в результате ДТП, цирроз печени и др. (на 941 случай заболевания на 100 000 пациентов), а при снижении потребления алкоголя на 3 кг в год данный показатель достигает уровня 1325 случаев на 100 000 пациентов (François C. [et al.], 2014).

По данным исследования NESARC, 75 % пациентов с АЗ находились в частичной¹ или полной ремиссии, причем лишь треть из них когда-либо получала лечение (Dawson D. [et al.], 2005). В отчете, подготовленном для Управления наркологических и психиатрических служб США (Substance Abuse and Mental Health Services Administration), отмечается, что ремиссии от всех наркологических заболеваний добиваются 43,5 % пациентов и лишь 17,9 % используют для этого стратегию полного воздержания (White W. L., 2012). Даже небольшое снижение употребления алкоголя благоприятно сказывается на здоровье, и зависимые от алкоголя в принципе могут возвращаться к умеренным дозам, поэтому снижение употребления может рассматриваться как важная терапевтическая цель, которая могла бы способствовать улучшению качества и длительности жизни пациентов с расстройствами вследствие употребления алкоголя.

Очевидно, что методы, направленные на контроль употребления алкоголя, представляют собой важную цель лечения, которая может выступать и как конечная, и как промежуточная. Это не означает, что все пациенты с АЗ способны формировать ремиссию, при которой они могли бы употреблять алкоголь, «как до болезни». Скорее, это значит, что часть пациентов, которые «выпадают»

¹ Под полной ремиссией понимается состояние, когда человек больше не имеет признаков АЗ согласно диагностическим критериям, под частичной ремиссией понимается состояние, когда пациент имеет симптомы заболевания, но на более низком уровне тяжести (White W. L., 2012).

из поля зрения врачей из-за нежелания полностью отказываться от алкоголя, могла бы быть мотивирована на лечение за счет принятия запроса на контролируемое употребление в качестве психотерапевтического контракта. При этом пациент имел бы возможность изменить свой контракт в ходе терапии на более убедительный, то есть контракт на полную трезвость, позже, когда станет к этому готов, либо действительно перейти на умеренное употребление.

Существует ряд психотерапевтических методов, которые традиционно используются для выполнения контрактного запроса пациента на контролируемое употребление, хотя большинство из них могут быть использованы и для достижения абсолютной трезвости через формирование навыков контролируемого употребления в зависимости от цели и соматического здоровья пациента. Эти методы можно условно разделить на две группы: психосоциальные и комбинированные с психофармакотерапией. Основными психосоциальными интервенциями, позволяющими формировать навыки контролируемого употребления, являются поведенческий тренинг самоконтроля; предъявление стимулов для достижения контролируемого употребления; метод направленного самоизменения; краткосрочные антиалкогольные интервенции снижения вреда, включая мотивационные. Краткая характеристика психосоциальных методов и данные об их эффективности приведены ниже.

Поведенческий тренинг самоконтроля (ПТС) (*Behavioral self-control training*) — вид среднесрочной бихевиоральной психотерапии, проводимой в режиме одного часа в неделю в течение двух месяцев в форме самопомощи (руководство, программное либо онлайн-приложение «Управление умеренностью» — Moderation management) или индивидуальной и групповой психотерапии (Miller W. R. [et al.], 1983; Hester R. K. [et al.], 2011). Метод ориентирован в большей степени на людей с алкогольными проблемами легкой и средней степени тяжести; при АЗ рекомендуется формулировать цель отказа от спиртного. Основные воздействия: тренинг навыков самостоятельного отслеживания употребления алкоголя; постановка специфических целей (объем выпитого); использование стратегий для контроля за потреблением алкоголя; вознаграждение себя за достижение целей, анализ неудач и использование этого опыта, формирование альтернативных навыков получения преимуществ, ранее получаемых в результате выпивки.

Независимо от вида ПТС тренинг позволяет добиться достаточно длительных (до двух лет) и устойчивых результатов снижения общего объема употребляемого алкоголя и частоты проблем, связанных с его употреблением.

Предъявление стимулов для достижения контролируемого употребления (*Moderation-Oriented Cue Exposure, MOCE*) — бихевиоральная терапия, основанная на систематическом предъявлении алкогольных стимулов (внешнего вида, вкуса, запаха), вызывающих влечение к алкоголю при одновременном запрете на его употребление, что приводит к угасанию условных реакций, связанных с мотивацией на прием спиртного (Heather N. [et al.], 2000)¹. Клинические исследования показали, что, способствуя снижению объема употребляемого алкоголя и вероятности рецидива, MOCE может быть столь же эффективен для достижения контролируемого употребления, как и другие виды терапии (КБТ и ПТС), либо несколько уступая им в плане удержания пациентов в лечении. Возможно эффективное лечение не только употребляющих алкоголь на проблемных уровнях, но и пациентов с АЗ (Loeber S. [et al.], 2006).

Метод направленного самоизменения, НС (*Guided self-change*) — интегративный когнитивно-бихевиоральный краткосрочный метод терапии, при помощи которого пациенты обучаются самостоятельно планировать и осуществлять изменения за счет функционального анализа проблем, связанных с употреблением алкоголя (Sobell L. C. [et al.], 2009). С примерно одинаковой эффективностью проводится в формате индивидуальной, групповой терапии, библиотерапии, терапии почтой. Метод особенно эффективен для пациентов с алкогольными проблемами умеренной либо средней степени тяжести, поскольку значительно уменьшает количество порций алкоголя в неделю, снижает число дней запоев, негативных последствий употребления спиртного (семейных конфликтов, агрессивного поведения) (Sobell L. C. [et al.], 2009; Wagner E. F. [et al.], 2014).

Краткосрочные антиалкогольные интервенции снижения вреда (КАИ) — включают ряд краткосрочных психотерапевтических интервенций (одна — три сессии) и применяются в различных

¹ В России данный метод применялся под названием УРТ (условно-рефлекторная психотерапия алкоголизма) для лечения АЗ с помощью выработки аверсивного рефлекса на вкус, цвет, запах алкоголя и даже на состояние опьянения. Аверсивный рефлекс вырабатывался при предъявлении алкогольных раздражителей на фоне чуть ранее введенного сильного рвотного средства — апоморфина гидрохлорида. Метод использовался в условиях стационара у пациентов с АЗ. Недостатки этого метода в условиях советской России касались отсутствия поддерживающего трезвость сообщества, в результате чего пациенты, предоставленные сами себе, развивали деятельность, направленную на угасание аверсивного рефлекса, например меняя вид алкогольного напитка, способ его употребления и т. д.

медицинских и образовательных учреждениях с целью профилактики АЗ и лечения пагубного употребления алкоголя за счет просвещения пациента относительно состояния его здоровья, формирования у него внутренней мотивации к изменению, а также улучшения комплайенса к лекарственному лечению. Чаще всего основываются на принципах когнитивно-поведенческой психотерапии и мотивационного интервью, обозначаемых аббревиатурой FRAMES: где обратная связь — *Feedback*; ответственность пациента за свое здоровье — *Responsibility*, совет — *Advice*; выбор возможностей — *Menu*; эмпатия — *Empathy*; самоэффективность — *Self-efficacy* (Bien T. H. [et al.], 1993; Miller W. R., Rose G. S., 2009). Краткосрочные интервенции также обязательно включают в себя предварительный скрининг на наличие алкогольных проблем (экспресс-тесты CAGE, AUDIT, MAST), оценку результатов, беседу с пациентом (15–60 мин), предоставление ему обратной связи и консультации по результатам теста, выработку плана контролируемого употребления и контрольную телефонную сессию через какое-то время. Вышеописанная последовательность интервенций может осуществляться самим клиентом с помощью специализированных компьютерных программ или Интернета. Эффективность КАИ для снижения вреда от злоупотребления алкоголем (уменьшения объема потребляемого алкоголя, числа связанных негативных последствий) у пациентов отделений неотложной помощи, а также в первичном медицинском звене (*primary care*) доказана многочисленными исследованиями (Kaner [et al.], 2007; Nilsen P. [et al.], 2008; D’Onofrio G. [et al.], 2012). Среди злоупотребляющих алкоголем пациентов, получающих КАИ, отмечается меньшая смертность по сравнению с контрольной группой, меньшее число поведенческих проблем, несчастных случаев и травматизма, улучшение успеваемости у студентов (McQueen J. [et al.], 2011; Jonas D. E. [et al.], 2012). У пациентов с полизависимостью отмечается большая эффективность КАИ для уменьшения потребления алкоголя по сравнению с другими видами психотерапии (Klimas J., 2013).

Фармакологические интервенции. Как правило, для достижения цели контролируемого употребления используются антагонисты опиоидных рецепторов (АОР), например, налтрексон и налмефен, которые позволяют «блокировать» эйфорию и удовольствие от употребления алкоголя, способствуя снижению влечения и уменьшая вероятность рецидива (Rösner S. [et al.], 2010). Выбор АОР для коррекции опасного употребления алкоголя объясняется в том числе и тем, что АОР наиболее эффективны не столько при полном воздержании от алкоголя, сколько на фоне продолжения употребления спиртного, когда АОР применяются «по необходимо-

сти» (целевой прием), то есть в моменты актуализации влечения; за какое-то время до предполагаемого употребления алкоголя; в ситуациях, когда присутствует повышенный риск приема алкоголя либо при непосредственном употреблении спиртного (Sinclair J., 2001; Niciu M. J., Arias A. J., 2013). Такой способ позволяет избежать ряда негативных побочных эффектов, связанных с длительным приемом препаратов, а также преодолеть проблемы низкого комплайенса, то есть приверженности пациента приему лекарств. В рандомизированных контролируемых двойных слепых международных исследованиях ESENSE 1, ESENSE 2 и SENSE было показано, что целенаправленный прием налмефена у пациентов с АЗ и пагубным употреблением алкоголя приводил к значительному уменьшению числа запойных дней и общего объема употребления алкоголя на 6-й (ESENSE 1) и на 13-й месяцы после начала испытаний (SENSE) (Keating G. M., 2013). Необходимо отметить, что налмефен — это первый препарат, утвержденный как средство для сокращения употребления алкоголя и учитывающий потребности и предпочтения наиболее уязвимой с точки зрения комплайенса группы пациентов, имеющих АЗ и опасные уровни употребления алкоголя (Luquiens A. [et al.], 2014). Налтрексон и налмефен становятся компонентом **комбинированных интервенций**, усиливая эффективность психосоциальных воздействий (а фактически — формирования навыков контролируемого употребления либо мотивации к снижению употребления алкоголя) за счет устранения влечения к алкоголю и минимизации «выигрышей» (эйфории, интоксикации) от употребления спиртного.

Таким образом, психотерапевтические и комбинированные медицинские стратегии, направленные на достижение контролируемого употребления, оправданы как стратегические терапевтические цели у пациентов с пагубным употреблением и несформировавшейся АЗ (гр. 1) и как промежуточные цели — у пациентов с АЗ (гр. 2). С другой стороны, контролируемое употребление у пациентов гр. 1 не предполагает полного воздержания от употребления алкоголя как цель, способствуя тем самым прогрессу проблемного употребления в сторону формирования зависимости. Как это ни парадоксально, пациенты гр. 1, которым по умолчанию показано контролируемое употребление, в долгосрочной перспективе рискуют получить большее повреждение, чем если бы их лечение было ориентировано исключительно на полный отказ от употребления спиртного. Для пациентов гр. 2, которые отказываются от радикального решения проблемы, но согласны приступить к тренингу контролируемого употребления или комбинированному лечению для достижения контролируемого употребления, последнее могло

бы действительно стать промежуточным этапом на пути к полному отказу от употребления, если бы терапевты могли быть уверены, что сделали все возможное для мотивирования к радикальному лечению на этапе согласия на контролируемое употребление и что критические последствия употребления даже малых доз у зависимых лиц не приведут к катастрофическим и необратимым последствиям, например, смерти от суицида. Также для пациентов гр. 2 контролируемое употребление могло бы стать чем-то вроде метадоновой программы наркоманов опиоидной группы, если бы доступность алкоголя была ограниченной. Так или иначе приглашение к участию в программах контролируемого употребления должно базироваться на тщательной оценке клинических и социальных возможностей пациента с учетом степени риска и основного этического требования «не навреди».

Осознание наличия алкогольного «Я»

Этап распознавания алкогольного «Я» («Аддикта») осуществляется через экстернализацию внутреннего диалога между алкогольным и нормативным «Я». Этим приемом часто пользуются в сообществах с целью увидеть разницу между ними и окончательно подавить голос зависимого «Я» (Горски Т., 2013. С. 29). Т. Горски приводит технику формирования «со-сознания», предлагая пациенту описывать характеристики поочередно нормативного и трезвого «Я». Он отмечает, что пациенты хорошо описывают свое алкогольное «Я», находясь в нормативном «Я», но как только начинают описывать нормативное «Я» и чувства, с ним связанные, алкогольное «Я» начинает вмешиваться, сопротивляясь осознанию очевидных преимуществ нормативного «Я». Именно тогда и начинается лечебный диалог. Признаком того, что достигнута договоренность и с нормативным, и с алкогольным «Я», является способность описать нормативное «Я» без внутренних споров.

По нашему мнению, это только первый шаг на пути к интеграции или устранению расщепления. Он особенно важен, поскольку человек, осознавая обе стороны своего «Я», начинает контролировать его темные стороны, тем самым повышая собственную безопасность. Л. Найавиц (Najavits L., 2002. P. 229) пишет: «Если возникнет сторона, которая хочет выпить, напомните себе о том, что есть другая сторона, которая не хочет. Если одна из сторон не хочет идти на лечение, напомните себе о существовании той стороны, которая хочет».

Учитывая прошлый и текущий травматический опыт, а также существование альтер-личностей, например, употребляющих ПАВ,

преследующих или суицидальных, Л. Найавиц предлагает организовывать здоровый диалог между диссоциированными частями, чтобы все части были услышаны. Она предлагает также: 1) написать письмо с выражением принятия той части «Я», которая была отвергнута, с обещанием уважать ее и прислушиваться к ней; 2) поразмышлять о последнем случае употребления алкоголя и определить, какая часть «Я» привела к опасному поведению, а какая часть «Я» отсутствовала в тот момент; 3) попытаться провести здоровый диалог между сторонами «Я» и отследить, может ли одна сторона успокоить другую.

Следующим шагом, способным упорядочить внутреннюю жизнь личности, является работа по отреагированию травматического опыта. Применительно к РМЛ подробный алгоритм этой работы описан в монографии Ф. Патнема (2004).

С другой стороны, метод Найавиц представляет собой не только техники «примирения» расщепленного «Я», он по своей сути является отдельным уникальным методом работы с зависимыми от ПАВ, страдающими симптомами ПТСР, и основывается на данных о том, что до 60 % женщин и 30 % мужчин с зависимостью пережили в прошлом ту или иную психологическую травму или стали жертвами насилия (Najavits L. [et al.], 1997).

Поиск безопасности. Поиск безопасности (ПБ) был предложен в противовес традиционным моделям психотерапии зависимостей, использующим последовательную, а не параллельную работу с психологической травмой. Традиционные модели предполагают работу с травмой только после достижения пациентом определенного срока трезвости.

Терапия ПБ проходит в 3 этапа (Najavits L., 2013): 1) безопасность; 2) горевание и воспоминание; 3) воссоединение. Психотерапия на этапе безопасности ориентирована на настоящее и формирует навыки совладания с влечением, стрессовыми ситуациями, влиянием травмы на основе психообразовательного подхода. Горевание и воспоминание, наоборот, фокусируются на прошлом, приглашая клиентов к работе с горем, проживанию травмы и отреагированию связанных с ней аффектов. В отличие от пациентов с ПТСР, не осложненным аддикцией, глубокое проживание травмы зависимыми может способствовать большей частоте рецидивов и активному использованию «аварийных люков» — отказу от терапии, суициду, уходу в психическую или соматическую болезнь. Поэтому традиционные техники, такие как метод десенсибилизации и переработки движением глаз, экспозиции, когнитивной обработки, будучи эффективными при ПТСР, широко не используются в лечении зависимостей. Этап воссоединения направлен в будущее. Он под-

разумеает построение прочных основ для социальной и профессиональной жизни и напоминает этап ресоциализации в терапевтических сообществах.

Психотерапия строится на 5 основных принципах (Najavits L., 2002):

1. Безопасность как основополагающая цель предполагает прекращение употребления ПАВ, снижение суицидального и самоповреждающего поведения, отказ от опасных отношений и обретение контроля над симптомами обоих заболеваний.

2. Одновременное лечение ПТСР и аддиктивного расстройства.

3. Акцент на идеалы делается с использованием гуманистически ориентированных тем для восстановления морального духа и идеалов, утраченных в результате ПТСР и аддиктивного расстройства, а также восстановления позитивных ожиданий от будущего («будущее может быть лучше»).

4. Четыре области содержания терапии: когнитивная, поведенческая, межличностная и ведение случая (*case management*). Межличностный компонент включает работу по восстановлению доверия к другим, по пониманию важности позитивных отношений и необходимости избегать воспроизведения отношений с позиций власти и насилия. Компонент ведения случая предусматривает оказание помощи в вопросах трудоустройства, поиска жилья, диагностики и профилактики ВИЧ, ограничения домашнего насилия и обеспечения необходимой заботы о детях.

5. Принцип «внимания к процессам клиницистов» означает деятельность, направленную на повышение эффективности психотерапии за счет следующих компонентов: акцента на сострадание к опыту пациента; использования навыков совладания в собственной жизни; передачи пациенту контроля везде, где это возможно; более чем половинного вклада в психотерапию со стороны терапевта (в рамках профессиональных границ); получения обратной связи с клиентом при его восприятии терапии; соблюдения баланса похвалы и исполнения обязательств.

Особая предсказуемая структура сессий позволяет преодолеть хаос, импульсивность и отсутствие стабильности, характерные для ПТСР и аддикций, за счет планирования, соблюдения темпа и последовательности. Работа в ПБ построена вокруг 25 лечебных тем, которые могут даваться в любом порядке. Каждая из тем снабжена руководством для клинициста и рабочими материалами для клиента. Темп и длина сессий определяются клиницистом. Темы разбиты на группы: 1) межличностные (7 тем: «Просьба о помощи», «Здоровые отношения», «Излечение от гнева» и др.); 2) поведенческие (7 тем: «Адекватная забота о себе», «Обязательства»,

«Совладание с триггерами», «Предупреждающие и разрешающие знаки» и др.); 3) когнитивные (7 тем: «Сострадание», «Когда вещества контролируют Вас», «Интеграция расщепленного „Я“» и др.); 4) комбинированные (4 темы: «Знакомство с лечением/ведением случая», «Безопасность», «Жизненные выборы (обзор)», «Завершение»).

Автор метода считает, что за этапом достижения безопасного функционирования может следовать и эффективная терапия на этапе горевания и воспоминания. Сформировав прочные навыки совладания с влечением и травмой, пациент становится способным активно исследовать прошлый опыт и фактически осуществлять интеграцию личности на всем временном континууме.

Отчуждение алкогольного «Я»

Отчуждение алкогольного «Я» осуществляется в технике групповой континуальной психотерапии (Валентик Ю. В., 2000b). Сверхзадача подобной работы — достижение психологической свободы от алкогольной зависимости (для нормативного «Я». — *Авт.*), когда в процессе психотерапии наступает понимание принадлежности патологического влечения к алкоголю исключительно алкогольной субличности при одновременном отчуждении от нормативного «Я». Алкогольное «Я» отделяется от нормативного «Я» при тотальном доминировании последнего. Отчуждение достигается за счет «переименования» алкогольной субличности из «Я» в «Он» и обращения в третьем лице. Интересна и используемая техника «доживания алкоголизма до конца», которая теоретически предполагает исчезновение алкогольного «Я» и личностную реинтеграцию.

«Каждому пациенту группа предоставляет возможность спроектировать дальнейшее движение собственного алкоголизма. В это время остальные члены группы занимают различные позиции: „здоровье“, „друзья“, „работа“, „семья“, „опьянение“, „похмелье“ — и по мере продвижения пациента в будущий патологический опыт проецируют на эту траекторию возможные неизбежные осложнения, ведущие в конце концов к смерти. ...Как правило, после нескольких „кругов“, продвигающих в сторону прогрессирования болезни, пациент ... обращается к терапевту со словами: „Хватит“, „Я все понял“. Однако останавливаться нельзя... Алкоголизм „дожит“ до своего логического конца — наступает смерть. В это время в большинстве случаев в группе царит пауза, как бы символизирующая минуту молчания. Затем психотерапевт предлагает каждому произнести „надгробную речь“. ...Прощание и надгробная речь на

могиле своего внутреннего алкоголика способствуют последующему прощению и принятию алкогольного „Я“, а далее — реинтеграции личности пациента на новой основе» (Валентик Ю. В., 2000b. С. 356, 357).

Приведу также и собственный похожий случай, имевший место в индивидуальной психотерапии (Шустов Д. И., 2005).

Наблюдение 15

Пациент Ю., 36 лет, образование высшее, враг кардиолог-реаниматолог. Диагноз: «алкогольная зависимость II ст., среднепрогредиентное течение, постоянная форма злоупотребления алкоголем, личность с комбинированной акцентуацией истерического и погранично-го типов».

Наследственность и раннее развитие. Оба деда злоупотребляли алкоголем, отец — бытовой пьяница. Двоюродный брат по линии матери повесился из-за несчастной любви на крыльце у возлюбленной. Роды Ю. были тяжелые. Родился в асфиксии с обвитием пуповиной. Думает, что был желанен при своем рождении, поскольку старший брат (первая беременность матери) умер в родах (у матери было динамическое нарушение мозгового кровообращения, в результате которого развилась глухота). Пациент отмечает: «Мать постоянно говорила, что любит меня». Мать характеризует холодно и отстраненно, отца — с оттенком критического юмора: «простоватый, веселый». Воспитывался в основном бабушкой по материнской линии, которая умерла в 70 лет от рака матки. В детстве отмечались эпизоды снохождения, наблюдался у психиатра.

Алкогольный анамнез. Систематически стал употреблять спиртное в 16 лет, злоупотреблять с 23 лет, ААС развился к 33 годам — периодически с эпилептиформным синдромом. Пьянство носит постоянный характер с небольшими (до двух недель) перерывами. Толерантность невысокая — до 500 мл водки в сутки. В 35 лет на фоне ААС отмечал эпизод гипногигических слуховых галлюцинаций (слышалась музыка). Отмечает повышенный фон агрессивности, особенно на фоне выпивки, когда может вышибить ногой дверь, применить физическое насилие в отношении жены. Себя в состоянии опьянения характеризует как хитрого, изворотливого, агрессивного. В характере отмечает импульсивность, буйность и любвеобильность. Считает, что алкогольные эксцессы возникают пароксизмально, когда словно бы включается «негодяй» внутри его личности, который по ходу выпивки контролирует его поведение. Больным алкогольной зависимостью себя признает с оговорками, интеллектуализирует.

Аутоагрессивный анамнез. Парасуицидов, самоповреждений, суицидальных мыслей не наблюдалось. Эпизодически употреблял наркотики, склонен к неоправданному риску. Перенес одну черепно-мозговую травму с потерей сознания и кровотечением из области решетчатой кости, полученную в результате несчастного случая на фоне опьянения. Перенес одну амбулаторную операцию — тонзилэктомию. Страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, гипертонической болезнью с атеросклерозом крупных артерий, отмечает «синдром толстой кишки» на фоне ААС, булимия. К многочисленным для его возраста соматическим болезням относится с элементами фатализма, предполагая умереть до 70 лет от ИБС. Считает, что «каждый выбирает профессию соответственно своей патологии, а у меня в сонной артерии — атеросклеротические бляшки». В то же время имеет и сверхценное отношение к своему телу, когда пациент переживает по поводу своей излишней полноты и потери формы.

Ранее проходил амбулаторное антиалкогольное лечение. Терапевтическая ремиссия — один год. Выпил на фоне «врачебного запрета», объясняя это тем, что встретался с человеком, от которого зависела его судьба, и значимость этой встречи превалировала над страхом серьезных соматических осложнений, в том числе и эпилептического припадка. Вскоре после принятия алкоголя наблюдался пароксизм наджелудочковой тахикардии (купировался анаприлином) и развился, теперь привязный, «синдром раздраженной толстой кишки», который наблюдается после каждой выпивки. Описанные осложнения, по выражению Ю., все же не останавливают «внутреннего негодяя-алкоголика». Обратился с просьбой о повторном лечении, не настаивая на кратковременности терапии.

Психологический анализ. Алкогольная зависимость Ю. носит выраженный аутоагрессивный характер с направленностью аутоагрессии в соматическую сферу. Несмотря на относительно молодой возраст, он имеет букет серьезных сопутствующих соматических заболеваний, в том числе алкогольный эпилептиформный синдром. Представленная в психике соматическая проблематика как бы фильтрует клинику алкоголизма, касается глубинных предсмертных трансакций (убежденность в смерти от ИБС), тесно связана и с выбором профессии кардиореаниматолога, традиционно относящейся к рискованным в плане суицидального поведения и алкоголизма. Существующий риск внезапной смерти, понимаемый им как врагом, несколько не препятствует алкоголизму и рискованному поведению; осложнения после выпивки на фоне «врачебного запрета» также не явились серьезным препятствием, когда Ю., по его выражению, напинаясь, каждый раз был вынужден «переступить через понос». Ал-

коголизм Ю. как бы организует агрессивность в том гисле и в интрапунитивный «соматический» план. С точки зрения ТА Ю. реализует в своем поведении сценарии «Не будь здоров» и, возможно, «Не живи», переданные ему матерью при неблагоприятных родах. Сондра Рэй и Боб Мэндэл в своей работе «Рождение и взаимоотношения: Как Ваше рождение влияет на Ваши взаимоотношения» (Ray S., Mandel B., 1987) так характеризуют личностей, родившихся в асфиксии вследствие обвития пуповиной: «Им свойственна повышенная непосредственность и открытость в общении, проявляющаяся как в более высокой экстравертированности, так и в выраженной реактивной агрессивности. Эти испытуемые мало утруждают себя в сокрытии своих чувств и произвольных поведенческих реакций, включая разрушительные для окружающих... имеют тенденции создавать ситуации, угрожающие жизни, и воспринимают интимность как рискованное дело» (цит. по: Молоканов М. В., Хайруллина З. Р., 1994). Предполагалось, что роды Ю. будут опасны для его жизни, поскольку ранее в родах умер его старший брат (подобный сценарий невынашивания продолжается у сестры Ю.). С определенной долей вероятности возможно допустить здесь и страх, и неуверенность матери в выживании Ю., если принять во внимание их последующие холодные отношения и гиперкомпенсаторные постоянные материнские напоминания, что она-де любит Ю. Сценарий «Не будь здоров» мог развиваться по алкогольной программе действий, «любезно» предоставленной Ю. многогисленными алкоголиками по мужской линии.

«Внутренний негодяй» Ю., который импульсивно включается и действует разрушительно, был когда-то назван Берном «электродом»¹ и структурно отнесен к эго-состоянию Родитель в Ребенке, завязанному на реализации негативных родительских предписаний. Именно это «новообразование» решено было нейтрализовать с помощью психотерапии, тем более что терапевтический запрос Ю. касался этих негативно-импульсивных поведенческих нарушений. Следует отметить, что прежняя терапия Ю., которая строилась на классических принципах и использовала ятрогенную установку «водка — похмелье — эпилептический припадок — смерть или слабоумие», не была, очевидно, эффективной, поскольку императивные утверждения терапевта касались возможного разрушения соматической сферы и являлись условно-приемлемым звеном патогенеза алкоголизма Ю., то есть удовлетворяли его внутренним само-

¹ Одно из эго-состояний, относящихся к алкогольному «Я», аналогично Внутреннему Преследователю у пациентов с расстройством множественной личности. — Авт.

разрушительным стимулам. Ю. использовал запрет и полугил новое продолжение своего сценария в виде аритмии и «синдрома беспокойной толстой кишки». Вторая терапия была больше личностно ориентированной, эмпатической терапией коллеги, и целью первых сеансов стал тренинг искусственного выделения из личности Ю. «негодяй-алкоголика», его диалог с нормативным «Я» с помощью методики «двух стульев». Интересно, что в ходе одного из сеансов Ю. потерял способность слышать в течение полугаса (как когда-то его мать). Также с Ю. был заключен антисуицидальный контракт. Для заключительного сеанса Ю. попросили принести фотографию, где он изображен в состоянии «Я — негодяй-алкоголик». Ю. объяснили, что фотография нужна для процедуры символических похорон субличности «негодяй-алкоголик», необходимых для полной нейтрализации связанных с этой субличностью поведенческих паттернов. Процедура похорон представляла структурированный сеанс драматерапии с соответствующей музыкой и присутствием свидетелей. В ходе похорон и сжигания фотографии с изображением «негодяя» Ю. испытывал сложный спектр чувств, «впервые плакал на людях», не будучи пьян. Два последних сеанса были произведены с целью контроля траурных чувств и поддержки.

5.3. Парентинг и начало процесса прощения родителей

Парентинг¹ как психотерапевтическая процедура предусматривает вмешательство в область интроецированных Родительских фигур с целью обновления, модификации или конструирования новых Родительских посланий и, в частности, новых разрешений, таких как «Ты можешь жить трезво», «Ты любим и можешь дарить свою любовь», «Будь близок, доверяй» и др. Парентинг может происходить на протяжении жизни, когда живые биологические родители могут менять свои установки, например, в ходе собственной психотерапии или приобретения житейской мудрости. Кроме того, воспитывающие послания — запрещающие и разрешающие — могут исходить от близких, друзей или старших знакомых. Наконец, разрешающие Родительские фигуры могут быть просто «нафантазированы» (выдуманы) самим зависимым человеком. Психотерапевтическая технология парентинга, названная репарентингом, направлена либо на замену неэффективных Родительских фигур, либо на понимание источников их «слабостей» и прощение. К негативным Родительским типам, препятствующим росту автономности ребенка, Мюриэл Джеймс (James M., 1974) относит сверхкритичного ро-

¹ Парентинг — от английского слова *parent* — родитель.

дителя, конфликтующего родителя, сверхзащищающего родителя, безучастного родителя, сверхорганизованного родителя, сверхнуждающегося родителя. Неэффективность воспитательных стратегий родителей будущих зависимых и созависимых детей не является секретом. Приведем пример.

Наблюдение 16

Пациент К., 43 года, из неполной семьи. Отец страдал алкогольной зависимостью и повесился в возрасте 30 лет. Воспитывался матерью, которую характеризует «издерганной», «депрессивной», «холодной». На процедуре репарентинга вспомнил, как в возрасте 3,5 года приехал в деревню к бабушке с дедушкой и, будучи предоставлен самому себе, случайно свалился в силосную яму, из которой не мог выбраться в течение полугаса. Нашел его и вытащил дедушка, а затем К. был наказан матерью. Пациент хотел бы поработать с этой сценой и изменить ее. Терапевт предполагал, что в ходе сессии К. должен был быть извлечен из ямы дедушкой и обласкан. Дедушка должен был сделать «внушение» матери (своей догери), чтобы та не оставляла малыша без присмотра, а мать согласилась бы и «пожалела» его. Однако в ходе возрастной регрессии К., вновь мысленно оказавшись в яме и будучи извлечен из нее дедом, вдруг напрягся, перестал контактировать с терапевтом и был выведен из регрессии. Позже взрослый К. объяснил, что вдруг понял, почему дедушка не смог защитить его и отстоять перед матерью: он сам, будучи алкоголиком, был слаб и испугался своей догери, которая могла бы укорить и принизить его за допущенную им небрежность с открытой силосной ямой.

Это наблюдение иллюстрирует «неудачу» психотерапевтической процедуры, поскольку предполагалось, что пациент получит новый опыт родительства, интериоризирует его вместе с образом справедливого защищающего дедушки, который (образ) он мог бы использовать позже, опираясь на него внутри своей психики. И все же понимание слабости и несовершенства Родительской фигуры, в данном наблюдении дедушки, позволило К. сделать важный вывод о том, что обесценивающее поведение деда было связано не с ничтожностью и малозначимостью маленького К., а со страхом самого «проблемного» деда.

Тем не менее и планируемый результат, и случившееся оказались целебными для той части психики клиента, где находятся Родительские интроекты. Понимание и прощение — это, во-первых, шаг для излечения клиента и только во-вторых — процесс реабилитации Родительских фигур.

Основная проблема, связанная с наличием неэффективного Родителя в голове клиента, состоит в способности Родителя отдавать безумные приказания, заставляющие отпрыска повиноваться вопреки здравому смыслу. Эшли Конвей и Петрушка Кларксон (Conway A., Clarkson P., 1987) объясняют эффект родительских приказаний гипнотической природой последних. Они проводят аналогии между техниками индукции гипнотического транса и реальными ситуациями, которые возникают в ходе диалога «родитель — ребенок». Вполне вероятно, что наличие в голове пациента такого Родителя-гипнотизера поддерживает постоянную долю транса в его психике, ограничивая его критические способности, предлагая руководствоваться магическим мышлением и сомнамбулическим поведением. Гипносуггестивная психотерапия алкогольной зависимости еще со времен В. М. Бехтерева была эффективнее простого разубеждения. Методики, использующие прямое внушение, торжественный драматизм и эмоциональный накал одинаковы в своем отношении к алкоголику как к пассивному ребенку. Терапевт, погружая клиента в транс, идентифицируется с Отцом, запрещающим и наказывающим. Продуцируя запрет «Не пить!» под страхом аверсии или смерти, терапевт не «расколдовывает» пациента окончательно, поскольку, будучи под новым терапевтическим трансом, клиент не способен утилизировать и полноценно, то есть активно, использовать в своей жизни новое послание. Поэтому методы прямого внушения, даже несмотря на быстрые эффекты, не прижились и были заменены более изощренными манипулятивными техниками, использующими эффект ожидания (плацебо) и косвенное внушение на фоне ясного сознания. Действительно, пациент в полутрансе, оставаясь в сознании, имел больше возможностей для активного размышления и принятия установки «оставаться трезвым». Клиент уже не столько слушался, сколько, ориентируясь на терапевтические послания, мог менять ход вещей.

Вместе с тем влияние биологических Родительских фигур возвращалось параллельно времени, прошедшему с момента «кодирования» и удаленности от терапевта. Токсическое влияние Родительских интроектов на психику зависимых трудно переоценить, звучание унижающих достоинство, суицидогенных «голосов» (Firestone R. W., 1997) значительно снижает шансы их «детей» на трезвую жизнь. Поэтому «дезинтоксикация» Родительских «голосов» в ходе репарентинга является неотъемлемой частью¹ процесса психотерапии зависимого пациента.

¹ Другим подходом совладания с семейным «наследством» является обучение зависимых лиц включать своеобразный фильтр префронтальной коры в ходе КБТ, о чем будет сказано чуть ниже.

Спот-репарентинг, или Тогезный репарентинг

Предложен Расселом Оунсом (Osnes, 1974) в развитии практики Джекки Шифф (Schiff J. et al., 1975) по регрессивному репарентингу. В отличие от регрессивного репарентинга, точечный репарентинг является амбулаторной процедурой. Клиенту в поддерживающем окружении группы (Osnes R. E., Clarke J. I., 1998) или на индивидуальной сессии предлагают пережить неблагоприятный опыт общения с родителями. Для этого проводят возрастную регрессию, предлагая клиенту представить себя сейчас маленьким в возрасте, когда произошел повреждающий контакт. На пике драматического «проигрывания» прошлой ситуации в ситуации «здесь и теперь» терапевт спрашивает клиента: «Что бы ты хотел сейчас вместо того, что с тобой происходит?» Клиент выражает свое желание, и терапевт производит парентинг сам, или в групповой терапии родителем становится кто-то еще из участников, с кем был заключен предварительный контракт.

Наблюдение 17

Пациент Н., 32 года, считал, что его алкогольная зависимость во многом могла бы быть объяснена «желанием согреться изнутри». На одном из индивидуальных сеансов он описывал, как в детстве попал в огонь холодный дом отгима и, проснувшись утром, вынужден был надеть на себя все вещи, которые он нашел в доме, за вернуться в одеяло и ждать, когда мать вспомнит о нем в соседней комнате, позаботится и согреет. Терапевт предложил Н. позвать мать и представить, что она пришла, затопила печь, легла рядом с ним, обняв его. Во время этой сцены на глазах Н. выступили слезы.

Через несколько месяцев, вспоминая последствия этого сеанса, Н. сказал, что перестал надевать под брюки теплое белье, а в образе матери стало больше теплоты.

Родительское интервью

Родительское интервью (McNeel J., 1976) предполагает проекцию Родительского эго-состояния (реально существовавшей или существующей Родительской фигуры) клиента *вовне* на пустое кресло. Затем клиент садится в это кресло и «становится» интроектом, которого и интервьюирует терапевт. Терапевт таким образом дает терапию интроекту.

Возможен и такой вариант, когда сидящий на стуле Родительский интроект клиента отвечает на вопросы самого клиента, объясняя источники своего проблемного поведения. При этом важна

роль терапевта, который активно вмешивается в процесс, не давая клиенту и его интроекту лишь дублировать прошлое. Джон МакНил (McNeel, 1976) приводит пример, когда клиент говорит печальным голосом интроекту отца: «Я не знаю, почему ты никогда не любил меня». Терапевт вмешивается: «Скажите Вашему отцу, что собираетесь остаться с грустными чувствами в течение следующих 20 лет, пока он не вернется и не полюбит вас!» Типичной реакцией на упомянутое вмешательство была бы реплика: «Черт, нет, я не собираюсь ждать остальную часть моей жизни!»

Важен анализ защитных ответов Родительской фигуры, который может показать клиенту, что его Родитель вел себя так по отношению к нему не с преступными намерениями как «людоед», а как «жертва», поскольку сам боялся, например, выразить свои чувства, имея негативный опыт жизни уже в своей родительской семье.

Работа с Родительскими интроектами не показана, если клиент психотический или потенциально может им стать. Другое противопоказание — это сумасшествие биологических родителей, поэтому терапевт должен знать реальную анамнестическую ситуацию, чтобы не приглашать клиента в чей-либо ад. Лучшее, что он может сделать, если его клиент все же столкнулся с «сумасшедшим» Родителем, — успокоить клиента и спросить: «Вы осознаете, что Ваша мать была сильно повреждена?»

Саморепарентинг

Саморепарентинг — метод, при помощи которого пациент самостоятельно или с помощью терапевта может исправить Родительскую фигуру. Старые Родители сами по себе не могут быть модернизированы коренным образом, однако пациент может сделать акцент на положительные стороны родителя, например, когда пациент говорит, что трезвый отец был заботлив, научил его рыбачить, хотя каждого его возвращения «от собутельников» он ожидал с ужасом. Автор метода Мюриэл Джеймс (James M., 1974) подчеркивает, что для построения нового образа родителя требуется участие Взрослого эго пациента: «Взрослый заключает контракт, чтобы стать замещающим Родителем для внутреннего Ребенка и практиковать специфическое Родительское поведение... Первое время Родительское поведение может показаться некомфортным, поверхностным или даже фальшивым (как изучение нового языка или нового ремесла), с практикой оно становится автоматическим» (James M., 1974. P. 38).

Думается, что подобный процесс лежит в основе «создания куриров» детьми неэффективных родителей, а также многочисленных случаев исцелений с помощью «целебного зорка» при помещении в Родителя образа Бога и, возможно, исцеления, когда употребляющий или зависимый дает сам себе обещание прекратить пить спиртное. Интересно, что в терапевтических сообществах большое место отводится «послушанию» как специфическому поведению, предполагающему наличие «нечто», что выполняет по отношению к «послушнику» Родительскую функцию — Бога или Родительских требований сообщества. Полагают, что это хороший способ сдерживания ранее плохо контролируемых импульсов внутреннего Ребенка, а также способ развития в Родителе зависимого места, где будут содержаться более эффективно управляющие Ребенком Родительские послания.

Регрессивный репарентинг

Регрессивный репарентинг — целая лечебная долговременная стратегия, предложенная социальным работником из Калифорнии Джеки Ли Шифф (Schiff J., Day B., 1970; Schiff J. [et al.], 1975) для лечения психотиков и лиц с тяжелыми личностными расстройствами. Суть методик Дж. Шифф заключается в полной замене Родительского содержания психики пациентов, что достигается полным отделением их от биологических родителей, терапевтически поддерживаемой регрессией к возрасту, от которого патологическое поведение стартовало, с последующим возвращением и воспитанием пациента с этого возраста¹. В некоторых случаях практиковалось и усыновление, так что в доме семьи Шиффов, где происходил репарентинг, через много лет оказалось около сотни «детей» (Schiff J., Day B., 1970).

У пациентов с личностными расстройствами, предшествовавшими развитию алкогольной зависимости, имеется значительный дефицит родительских фигур, пригодных для идентификации. Например, у пациентов с антисоциальным расстройством личности, воспитывающихся в условиях физической или эмоциональной заброшенности, вообще может не оказаться позитивных Родительских интроектов. У пограничных личностей Родитель состоит из полярных фрагментов — захлестывающего заботой и отвергающе-

¹ Например, пациенту может быть 30 паспортных лет, но 2 или 3 года регрессивных, поэтому ему строят песочницу, высаживают на горшок, обучают и делают все, что делают с маленькими детьми в семье. Взросление, конечно, наступает быстрее, чем это было раньше, со скоростью 1 год за 1 репарентинговый месяц.

го. У параноиков — преследующий, свехкритикующий Родитель, у нарциссов — грандиозно обожествляющий и грандиозно отвергающий. В силу этих обстоятельств зачастую не представляется возможным что-либо добавить или изменить в Родительском эго. Например, как можно пригласить для Родительского интервью мать, которая подкладывала свою маленькую дочку за деньги под проходящих пьяных мужчин? Поэтому в некоторых случаях столь трудоемкий способ создания нового Родителя как полное перерождение — единственно приемлемый.

Философия перерождения воплощается в работе реабилитационных центров через отделение от биологических родителей и прежней среды, создание новой «семьи» для зависимого. Новая «семья» включает не только лечащий персонал и товарищей по выздоровлению, но и свободных от зависимости старых и новых друзей и помогающих профессионалов. В практике реабилитационных центров техники психотерапии ориентированы на достижение инсайта относительно неэффективных в прошлом поведенческих, аффективных, когнитивных моделей, применяемых в биологической семье и социуме, а также на формирование новой системы Родительских морально-этических (духовных) и социальных ценностей.

Особенности работы с Родительскими интроектами

Всегда ли возможен репарентинг?

Наблюдение 18

История алкогольной зависимости Алика включала трагическую гибель его подружки в автокатастрофе, призем за рулем мотоцикла находился подвыпивший Алик. На одном из терапевтических сеансов Алик вспоминал, что, когда ему было 12 лет и он впервые напился с подростками, его отец по возвращении сына домой сделал вид, что не заметил интоксикации. Алик помнит его глаза, которые вдруг «отупели», стали «непонимающими». Алик представлял, что если бы отец наказал его тогда или «просто поговорил», то его подружка, возможно, была бы жива.

Ситуация Алика неисправима с точки зрения репарентинга. Даже пережив трагедию со смертью подружки, он не бросил пить, реминисцируя о вине отца. И само трагическое событие Алик «встроил» в свою питейную систему: интоксикация помогала избежать связанных с травматическим событием воспоминаний. Алгоритм психотерапии в случае Алика включал бы, во-первых, работу с посттравматическим стрессом и далее, во-вторых, было бы полезно разо-

тождество с его алкогольным «Я», выделение последнего и укрепление границ нормативного «Я». Будучи в контакте с нормативным «Я», Алик мог бы в Родительском интервью «услышать» и понять причины столь странного, по его мнению сейчас, поведения отца. Понимание в свою очередь легло бы в основу прощения отца и стало началом процесса принятия собственной ответственности за алкогольный выбор и его последствия. В этом случае затопляющая вина, которую чувствовал Алик в своем эго-состоянии Ребенок, поддерживаемая обесценивающими Родительскими интроектами, перестала бы быть актуальной, а на первый план вышло бы конструктивное осознание ответственности Взрослого эго в Алике.

Иная ситуация сложилась у пациента М.

Наблюдение 19

Пациент М. был назван в честь дяди-алкоголика, брата матери. Дядя М. в 33 года «свалился», будучи в состоянии интоксикации, с перрона под электрошку и погиб. Подозревали суицид. Когда пациент напивался, отец М. постоянно указывал ему на связь его имени с именем дяди, подчеркивая, что М. может кончить так же, как и он.

Действительно, можно предполагать, что коль скоро активный интроект дяди «дал» послание Ребенку М. умереть раньше срока, то в Родительском интервью он «мог» бы взять свое послание назад. Однако такой терапевтический ход не был бы убедителен для Ребенка М., поскольку тайну своей кончины (несчастный случай или суицид?) дядя унес с собой в могилу. Трудно также представить, что мог бы сказать дядя в свое оправдание. И все же интроект дяди «жив» в психике М. и составляет значительную часть его Внутреннего Алкоголика: М. в состоянии алкогольной интоксикации несколько раз пытался совершить самоубийство. Конечно, «отменить» трагическое послание мог бы другой сильный интроект, например, отца или матери. Отец является уважаемой и авторитетной фигурой для М., но его высказывания косвенно поддерживали «послание» шурина. Роль матери также содержала не прямое послание «Не живи», коль скоро именно она предложила назвать сына именем брата, уже тогда не отличавшегося примерным поведением. Интроект врага пациент помещал в своего Родителя на недолгое время: думается, что тот исчезал, не выдерживая конкуренции множества других токсических «домашних» интроектов. Например, попытка пригласить биологических родителей М. в группу созависимых не увенчалась успехом. Интересно, что трехмесячный опыт легения в отдаленном реабилитационном центре на фоне физической сепарации от родите-

лей позитивно сказался на коморбидной игровой зависимости: коллективный Родитель реабилитационного центра смог дать разрешение «жить, не играя» и запрет выпивать, действительный в течение 6 месяцев. Тот факт, что М. смог перестать играть, не чувствуя внутренней борьбы или дискомфорта, свидетельствует о наступлении излечения, близкого ко второму типу, в основе которого лежит перерешение Ребенком М., сделанное в поддерживающей Родительской атмосфере реабилитационного центра. По-видимому, и для следующего перерешения алкогольной трагической судьбы Ребенку М. потребуется мощная поддержка терапевтического сообщества.

Несколько другой тип дяди-алкоголика мы находим у пациента А.

Наблюдение 20

Пациент А. романтизировал образ своего дальнего деревенского родственника по имени Сергей. Сергей проводил много времени в своем гараже среди множества механических и электронных диковин, заволашевающе действующих на маленького А. В настоящее время А. говорит, что Сергей «живет» у него в голове в двух ипостасях: в форме «доброго, слегка пьяного и хитрого» мужика в гараже и в форме «зависимого подкаблужника». Первый разрешает нагнать выпивку и веселье, а второй актуализируется к концу алкогольного эксцесса, пассивно и тупо взирая на грядущие неприятных событий.

Слугай А. показывает, что волшебный образ дяди-алкоголика гораздо интереснее Ребенку, чем скучные образы трудолюбивых родителей. Несмотря на то что Сергей реально жив, продолжает пить в своем гараже и тянуть ляжку ординарной алкогольной судьбы, для А., состоявшегося в профессии, прошлый интроект Сергея гораздо важнее нынешнего его образа. Во время терапевтической конфронтации провоцирующего интроекта пациент А. сказал, что не готов отказаться от «Сергея» и стать «монолитным». Терапевтическая тактика в этом случае будет строиться не на репарентинге, а на терапевтическом разрешении для Ребенка А. полугнать удовольствие от взаимоотношений, а не от веществ — алкоголя и еды.

Итак, во всех трех наблюдениях активные негативные Родительские интроекты могли бы стать мишенями психотерапии. Вместе с тем в первом случае предпочтительнее работа по деконтаминации Ребенка, затопленного аффектами недавней психической травмы. Во втором случае предпочтительнее работа по построению отсутствующего Родительского интроекта с помощью терапевтического сообщества с последующим поощрением пациента к приня-

тию нового решения «Жить» внутри эго-состояния «Ребенок» (см. гл. 7). В третьем случае необходимо терапевтическое разрешение Ребенку пациента получать радость, находясь во взаимоотношениях.

5.4. Деконтаминация второго типа, или освобождение Взрослого от эмоций и обид Ребенка

Проблема встречи эмоций алкогольной Детской части многоаспектна. На клиническом языке эта проблема звучала бы как описание и помощь при невротических расстройствах у алкоголиков. Терапевту предстоит разобраться со всей гаммой чувств, демонстрируемых зависимыми в раннем или позднем постинтоксикационном периодах, а также увидеть и встретить отклики недавних эмоциональных бурь, произошедших на высоте опьянения. Терапевт также должен понять, какого рода внешнее событие особенно патогенно для сидящей перед ним личности и что может вызвать актуализацию влечения и срыв. Бытующая в народе версия алкоголизации предполагает как раз лечебное действие спиртного от всякого рода тревог, страхов, потерь и стрессов. Отчасти это верно. Но верно и то, что сама алкоголизация способна порождать конфликты и дистрессовые ситуации, подчас даже несравнимые по масштабу и первоначальным последствиям с безалкогольными. Так, обида после конфликта с женой, запитая водкой, повлекла желание быстрой ночной езды и смерть в результате автокатастрофы в силосной яме. И другой аспект, о котором не подозревают рассуждающие о пользе транквилизирующего действия алкоголя, состоит в том, что те эмоции и травмы, которые лежат в первооснове алкоголизации, интактны к действию спирта: этанол, как и любое другое психотропное «лекарство», их не достает.

Говоря об освобождении Взрослого от материала Ребенка в контексте деконтаминации второго типа, мы имеем в виду терапевтическую проработку острых (или подострых) невротических наслоений. Здесь мы не касаемся хронических детских травм, которые можно вспомнить и проработать в условиях переноса при соответствующей готовности клиента и терапевта, а также не касаемся травм, которые невозможно вербализовать, а возможно лишь поведенчески воспроизвести опять же в условиях переноса и готовности терапевта принять их и адекватно отразить клиенту не только в поведении, но и в чувствах и словах.

Под острыми невротическими реакциями мы понимаем в первую очередь реакцию на недавнее психотравмирующее событие (оскорбление и конфликт, потерю объекта — смерть члена семьи, друга,

утрату здоровья или части тела, материальную потерю, испуг и острую реакцию на стресс). Понятно, что реакции на психотравму в значительной мере определяются наличием аддиктивного заболевания и имеют установленные ранее клинические закономерности. Так, наиболее частыми проявлениями алкогольного аффекта считаются гнев и страх. Эмоциональный накал или степень эмоционального выражения обратно пропорциональны возрасту и стажу употребления алкоголя: чем моложе зависимые, тем более сильно эмоциональный компонент звучит в клинике и тем чаще эмоциональные реакции приводят к срыву ремиссии. Психогенные реакции у зависимых от алкоголя лиц чаще приводят к тенденции употребления алкогольных напитков в одиночестве на фоне подавленного настроения — суицидогенного аффекта. При наличии длительной психогении, обуславливающей значительное эмоциональное напряжение, острая алкогольная интоксикация может спровоцировать дополнительную актуализацию материала психической травмы (а не разрешить ее!), что приводит к совершению тяжелых правонарушений. Острая и недавняя психическая травма, будучи «смешаны» с выпивкой, приводят к неконтролируемым приступам злобы и агрессии, направленным в том числе «мимо» объектов обиды, то есть на случайных людей (Турова З. Г., 1972).

Наш психотерапевтический опыт свидетельствует, что наблюдаемые у страдающих алкогольной зависимостью аффекты страха и тревоги говорят об актуальном неврозе (страхе умереть естественной, насильственной или суицидальной смертью, ипохондрическом страхе вследствие, например, недавней смерти друга или родственника), безнадежность, тоска и беспомощность маскируют сложные, хронические детские психические травмы, во многом обусловленные нежелательностью рождения (попыткой аборта или инфантицида, нежелательной беременностью, преждевременным оплакиванием и др.), вина маскирует давние травматические события, связанные с принятием на себя ответственности за суицидальную или иную трагическую смерть родителей, брата или сестры, стыд маскирует воспитание в условиях семейного секрета или сексуальное или физическое насилие, гнев часто скрывает боль утраты вследствие брошенности.

Все эти сложные констелляции чувств и событий словно приглашают терапевта углубиться в деконтаминационную работу чуть ли не с первой встречи с клиентом. Однако только страх и гнев (поскольку интенсивность их должна быть снижена хотя бы в целях безопасности процесса) доступны проработке на этом этапе. Все другие констелляции предусматривают долговременную работу, для которой необходимы прочный альянс и достижение клиентом

соответствующей (трансферентной) стадии психотерапевтического процесса, о чем единственно может свидетельствовать прямая просьба клиента о такой работе и ничего более. Например, успешный речайдинг (изменение содержания эго-состояния Ребенок) в Наблюдении 19 стал возможен только после 9 лет продолжающейся терапии.

Деконтаминация Взрослого от страха Ребенка

Страх, не будучи понят, правильно встречен и переработан, может «самостоятельно» организоваться через устойчивую фобию, автоматизм (навязчивую потребность счета или мытья рук) или через конверсионную истерическую симптоматику (чаще у женщин — истерические парезы, параличи, слепоту и др.). В норме страх преодолевается рационально, поэтому врачебный разговор, обладающий анксиолитическим эффектом, и то, что мы называем рациональной психотерапией, безусловно, показаны. Показаны и создание безопасной обстановки, и обеспечение защиты с разрешением не бояться (рис. 10) («ОК, не бойтесь, мы во всем разберемся, Вы правильно сделали, что пришли сюда!»), в том числе и через нормализацию страха (рис. 11): «Ох, да, так и должно быть, и так часто бывает, и мы, конечно, справимся с этим!» Наблюдение 14 и соответствующий рис. 9 транзакции «глаз быка» иллюстрируют технику деконтаминации от страха с использованием и защиты, и нормализации.

Страх можно визуализировать и рационализировать, высадить «страх» (или его объект) на отдельный стул и поговорить с ним, «узнать» его намерения и придать ему смысл, который затем легко рационализируется. Данные техники предлагают разотождествле-

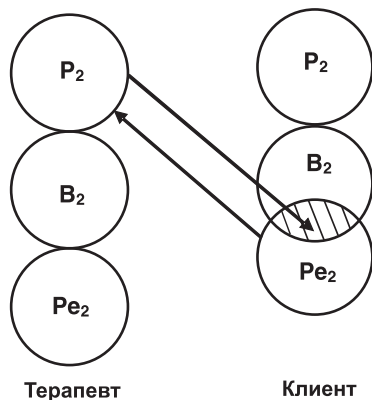


Рис. 10. Защита и разрешение
«Не бояться»:

Транзакции терапевта (пояснения в тексте):

1. Транзакционный стимул терапевта: «Не бойтесь! Мы во всем разберемся!»
2. Транзакционный ответ клиента: «Я стал дышать».

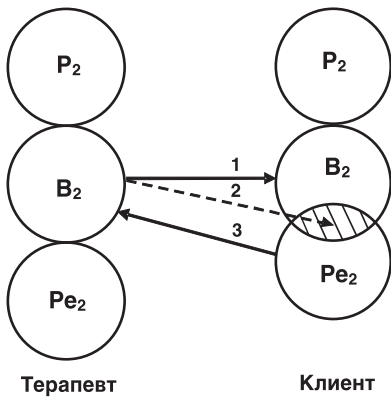


Рис. 11. Нормализация страха через угловую транзакцию:

Транзакция терапевта:

1. На социальном уровне обращена к В клиента: «Так часто бывает, но мы справимся!»

2. На психологическом (внутреннем, не высказанном вслух) уровне обращена к Ре клиента: «Не бойся!»

Транзакция клиента:
3. «Я буду верить Вам!»

Вербализованные транзакции на социальном уровне обозначаются сплошной стрелкой; невербализованные транзакции на психологическом уровне обозначаются пунктирной стрелкой. Угловая транзакция так названа потому, что между транзакциями терапевта на социальном и психологическом уровнях при зарисовке на транзакционной диаграмме образуется угол.

ние с объектом страха, делая страх эгодистонным, то есть инородным объектом по отношению к «Я», а не эгосинтонным — неотъемлемым элементом «Я». Мастерские техники экстернализации или отделения проблемы от человека описаны в монографии Майкла Уайта (White M., 2010).

Иногда прямое и авторитетное терапевтическое разрешение испытывать страх в наиболее неподходящей обстановке освобождает Ребенка пациента от диалога с внутренним Контролирующим Родителем, вследствие чего ситуация страха или пугающий объект теряют элемент унижения и стыда от непреодоления. Этот метод, призванный вернуть пациенту утраченное самоуважение, предложил основатель логотерапии (терапии поиском смысла) Виктор Франкл (Frankl V., 1987), назвавший его парадоксальной интенцией.

В ряде случаев страх является разрешающим фактором алкоголизации, и иногда достаточно одного прояснения ситуации (деконтаминации), чтобы значительно поколебать позиции алкогольного «Я», паразитирующего на страхе смерти. В статье «Страх срочной смерти» психотерапевт из школы В. М. Бехтерева С. Е. Михайлов (1914—2000) описал случай молодой пациентки, которой приснился ранее умерший младший брат, утверждающий, что и она умрет 4 ноября. Пациентка жаловалась, что теперь «ей ничего не интересно и не мило, что ничего не может делать, все безразлично: и ребенок, и муж, и все на свете, что она больше не чувствует себя живой, будто постепенно умирает, а 4-го и совсем умрет». Врач

успешно использовал гипнотерапию, обратное внушение в сомнамбулическом состоянии вплоть до роковой даты.

У многих аддиктивных пациентов с суицидальными наклонностями мы диагностировали и пролечили подобный комплекс «страха срочной смерти» (Шустов Д. И., 2005). В процессе психотерапевтического интервью пациенты называли известную им дату собственной смерти, которую «нагадала цыганка», «бабушка сказала», «я знаю, что умру, как и отец, в 42 года» и т. д. Пациенты охотно делились этой информацией, демонстрируя так называемую «улыбку висельника» — показатель субъективной значимости и уверенности в необратимости трагического события, призванный помочь совладать со страхом. При более глубоком анализе и конфронтации «черного юмора» выяснилось, что алкоголь-зависимое поведение «привязывалось» к роковой дате в двух вариантах: 1) «лечебном», позволяющем «забыться» перед неизбежностью скорой смерти, и 2) «аутоагрессивном», когда «все равно» и «лучше бы скорей» наступила трагическая развязка. К подобным случаям мы относили и различного рода математические подсчеты и выкладки относительно своего рождения или неблагоприятных и «роковых» чисел, а также соотнесение дат трагических смертей родственников с собственной жизнью. Алгоритм психотерапии при «страхе срочной смерти» был следующим: 1) достижение терапевтического альянса и заключение контракта на терапию, 2) прояснение значения «роковой даты», 3) эмоциональная терапия по деконтаминации Взрослого от Детского страха, например разговор с умершим родственником в технике двух стульев и получение разрешения жить; медитативные техники проживания «рокового возраста» и др.; 4) поддержка, эмпатическое общение, положительные стимуляции.

Наблюдение 21

Пациент Ж., 30 лет, армянин по национальности, злоупотребляет алкоголем более 10 лет, периодически в состоянии постинтоксикационной депрессии возникают суицидальные мысли, в анамнезе ряд трагических смертей близких родственников в возрасте от 30 до 35 лет (один брат, в честь которого назван Ж., утонул, другой погиб от электротравмы, дядя погиб в автокатастрофе). Ранее не лежился. В процессе психотерапевтического интервью диагностировано предчувствие надвигающейся смерти в возрасте между 30 и 35 годами. Не смог представить себя старше 35 лет и фантазировать на тему своей дальнейшей (после 35 лет) судьбы, не смог представить по методике двух стульев лиц умерших, при этом был аффективно

напряжен, демонстрируя гнев. После нескольких сеансов, направленных на укрепление доверия между пациентом и терапевтом, ему рекомендовано в состоянии медитативного изменения сознания представлять себя с самого раннего возраста до глубокой старости. В процессе прохождения через роковой возраст пациент испытывал затруднение и визуализировал представление о том, что он тонет («А я до сих пор не научился плавать!»). Представил также, как терапевт протягивает ему руку и он выходит на твердую почву. Дальнейшие представления возраста до 80 лет прошли без затруднений. После сеанса терапевтом предоставлена интенсивная поддержка, позитивные высказывания в адрес пациента, стимуляция чувства гордости за проделанную работу. После процедуры деконтаминации Ж. легился от алкогольной зависимости методом опосредованной эмоционально-стрессовой психотерапии, но через 6 месяцев пришел «снять» враждебный запрет на выпивку, поскольку был уверен в своих возможностях поддерживать трезвость. В течение года после процедуры снятия запрета поддерживает трезвость.

Ситуации абсорбции «страха срочной смерти» Ребенком зависимых клиентов могут быть самыми неожиданными, как в Наблюдении 18, где терапевту пришлось провести парентинг, усилив интроект недавно умершего отца. Интроект «дал» Ребенку клиента разрешение «продолжать жить», а деконтаминированный Взрослый клиента смог подписать антисуицидальный договор (см. гл. 4).

Наблюдение 22

Пациентка Э., 33 года, с пагубным употреблением алкоголя, неделю назад похоронила отца, с которым была близка. За несколько дней до даты терапевтической группы, которую она посещала, ей попала на глаза книга, описывающая похожую ситуацию, где дочь, потерявшая отца, не смогла справиться с ситуацией потери и совершила самоубийство. В группе Э. озвучила свой страх «не справиться», так как ей «расхотелось жить».

Терапевт (Т.): Ты думаешь уйти?

Э.: Я не отмечаю этой мысли. Я нахожу в себе силы. Я сама все делаю... ребенка завтра в школу собираю... Но в душе — ночь, темно, это страшно... Не знаю, сколько у меня хватит сил...

Т.: Ты знаешь, что ты всегда можешь обратиться к отцу... Он у тебя внутри... И получить поддержку.

Э.: Я боюсь, что ее не получу...

Т.: Почему?

Э.: Мне кажется, что не выдержу... Мои плечи не выдержат...

Т.: Как ты думаешь, ушел бы отец, если бы не расчитывал, что ты справишься?

Э.: (Пауза, слезы на глазах)

Т.: Ты хочешь поговорить с ним?

Э.: Да.

Терапевт поставил стул перед Э. и попросил ее пригласить на стул отца, представить, что он сидит напротив нее. Состоялся диалог, в ходе которого клиентка пересаживалась на пустой стул и отвечала самой себе от лица отца. Терапевт был рядом и предлагал свои варианты «ответов» отца, который попросил Э. продолжать жить и заботиться о его внуке. Э. стало легче, и в конце групповой сессии она смогла подписать антисуицидальный договор, на который до процедуры парентинга не соглашалась.

Аутентичные и рэкетные чувства. Гнев и враждебность

Прежде чем остановиться на психотерапии гнева у зависимых от алкоголя, следует уточнить некоторые термины, относящиеся к чувствам.

Чувства называются аутентичными (естественными, врожденными по Джону Уотсону, основателю бихевиоризма), если их выражение способствует решению поведенческой проблемы. К таким чувствам относятся гнев (помогает преодолеть фрустрацию, ограничение), страх (помогает избежать опасности), печаль (помогает пережить боль утраты), радость (позволяет зафиксировать или отпраздновать достижение) и ряд чисто физиологических чувств, связанных с пищевым, защитным (чувство привязанности), сексуальным поведением. Все остальные чувства — рэкетные (шантажные), то есть навязанные нам воспитанием в семье и социуме. Рэкетные чувства прикрывают аутентичные, поскольку, как считают родители (общественные институты и др.), выражение аутентичных чувств может быть опасным, не соответствующим нормам той или иной социальной группы или культуре семьи. В этом смысле рэкетные чувства способствуют очеловечиванию ребенка и эмоционально обозначают такие формы поведения, которые не встречаются у животных или имеются в зачаточном виде. С другой стороны, трудности выражения аутентичных чувств у некоторых людей приводят к проблемным формам поведения, например к манипулятивным играм, патологическим траурным реакциям (антисоциальное поведение считают формой проявления патологического траура из-за неотрагированной боли от потери родителей или брошенности), аутоагрессии, а также к психосоматической патологии. Так, подавление выражения аутентичного гнева и «замена» его, например,

рзкетными депрессией и печалью являются звеном этиопатогенеза онкологических заболеваний. И наоборот, излишнее выражение рзкетного гнева, покрывающего аутентичные боль и печаль, приводит не только к неконтролируемой агрессии, но и к повышению холестерина и сосудистым заболеваниям — инфарктам в бассейнах коронарных и мозговых артерий. Подчеркнем на примере гнева, что и аутентичные чувства могут выполнять рзкетную функцию, то есть быть рзкетными.

К сожалению, алкоголь не способен позитивно модулировать гнев. В этом состоит, возможно, одна из основных проблем алкогольной зависимости, определяющей судьбы зависимых и сопровождающих их по жизни людей. Алкоголь подавляет выражение аутентичного гнева и связанное с ним поведение так, что человек, вместо того чтобы преодолевать препятствия и жизненные трудности, погружается в переживание рзкетной радости с пассивной удовлетворенностью состоянием дел. Высвобождение рзкетного гнева, либо закрывающего боль, печаль или страх, либо существующего в виде личностной черты — гневливой враждебности, алкоголь стимулирует. Рзкетный гнев оформляется то в инструментальную или враждебную агрессию¹, то в аутоагрессию, в том числе когда имеются препятствия для выражения его «вовне» (Вольнов Н. М. [и др.], 2004).

Гнев может рассматриваться как черта личности, присущая ей с самого раннего возраста или развившаяся в ходе внутрисемейного взаимодействия и являющаяся главным (и наиболее проблемным) симптомом таких личностных расстройств, как антисоциальное, пограничное и параноидное, часто сочетающихся с алкогольной зависимостью. Леонард Берковиц (Berkowitz L., 1993) считает агрессивность таких личностей в большей мере инструментальной, сознательно или бессознательно преследующей внутриличностные «выгоды», противопоставляя им эмоционально-реактивных агрессоров, которые не могут сдерживать агрессивные импульсы и склонны проецировать свою враждебность на окружающих, приписывая им собственные намерения. Что касается взаимоотношений алкоголя и агрессивности, то, суммируя ряд исследований, Л. Берковиц считает, что алкоголь снимает ограничения антисоциального поведения, облегчая выражение агрессии. В свете

¹ Согласно Л. Берковицу (Berkowitz L., 1993), агрессия может быть инструментальной, когда ее выражение обусловлено достижением какой-либо вне- или внутриличностной цели, и враждебной, когда она выражается исключительно с целью нанесения вреда, уничтожения жертвы или наблюдения страданий жертвы.

теории «алкогольной близорукости» (Steele С. М., Josephs R. А., 1990) становится понятным импульсивное агрессивное поведение эмоционально-реактивных лиц, находящихся в опьянении, поскольку последнее не позволяет им осознавать дополнительную информацию, свидетельствующую о неагрессивных намерениях «соперника».

Работа с гневом на деконтаминационной стадии лечения алкогольной зависимости

Гнев как симптом, препятствующий осознанию реального положения дел. Речь идет о контролируемой гневливости и о понимании своего раздражения по отношению к людям и событиям. Гнев в ходе терапевтического сеанса, не будучи проработан, может переноситься на терапевта, например, в виде вышучиваний, активных сомнений, соперничества и прямой конфронтации. По большей части это рэкетный гнев, связанный с особенностями недавней индивидуальной алкогольной истории человека. Предпочтительны методики, направленные на вербальное выражение гнева: «Расскажи, почему ты злишься?» Если гнев выражается через невербальные проявления, например, клиент ломает карандаш, «случайно» опрокидывает декоративную вазу, или вы подозреваете (и имеете подтверждение из рассказанной истории), что клиент не может выражать свой гнев приемлемым способом, даже говорить о нем, то можно прямо спросить: «Что вы чувствуете сейчас?» Если ответ снова будет уклончивым, терапевт может поделиться своими сомнениями, доверяя собственному контрпереносу, например: «Я думаю, что вы злитесь сейчас. Я не прав?»

Наблюдение 23

Клиентка О., 34 года, пагубное употребление алкоголя. В групповой психотерапии — один год. Рассказывает о своих чувствах к мужу, который «по-своему» воспитывает детей. Муж — зависимый от алкоголя, находится 4 года в терапевтической ремиссии.

О.: Я не знаю, как сказать мужу, чтобы он не отдавал детей в автогонки... Это опасно. У меня, когда люди не понимают элементарных вещей, начинается бешенство — стукнуть хочется...

Терапевт (Т.): Тебе хочется ударить мужа, потому что он не может понять тебя?

О.: Да... У него не было полного детства... Он с нашими детьми проживает свое детство...

Т.: И что бы ты сказала мужу?

О.: Что это сумасшествие. Затем рисковать...

Т.: *А что ты боишься услышать от мужа в ответ?*

О.: (пауза) *Негатив... что тебя никто не спрашивает...*

Т.: *А ты могла бы сказать ему о своем страхе, о своем желании понимания... вместо того, чтобы чувствовать гнев и... ударить?* (Терапевт акцентирует внимание О., что гнев ее — рэкетный, что на самом деле она испытывает страх быть в очередной раз отвергнутой).

О.: *Он не поймет... Да, я боюсь его гнева и непонимания... Я не понимаю, как донести до него, чтобы он услышал... Я, конечно, могу стукнуть кулаком, но это вызовет ответную реакцию... Может...*

Т.: *Что может?*

О.: *Может быть, свой гнев утихомирить в себе, но...* (говоря «но», клиент обесценивает первоначальную позитивную мысль).

Т.: (излишне осторожно, не конфронтируя «но» клиента, делает ошибку, поскольку здесь нужна либо конфронтация «но», например: «Скажи еще раз это, только без „но“», — либо интерпретация, чтобы вернуться к покрываемому гневом страху близости: «Я услышала, что если бы ты „утихомирила“ в себе гнев, то что бы ты почувствовала или о чем бы могла сказать?») ... *Как крайний выход — это...*

О.: (подхватывает и прищуривается) *Пристрелить его, ха-ха!* (шутка и улыбка висельника)... *У него отсутствует инстинкт самосохранения, он считает, что с ним ничего не может случиться, последние 4 (! — Авт.) года он не пьет, но... это мина замедленного действия!*

Т.: *Мне не смешно... Это ужасно — убить!*

О.: (растерянно, поскольку ее шутка не была поддержана)... *Ну... не в том смысле...*

Т.: *Как ты думаешь, он любит детей?* (терапевт правильно не стала долго задерживаться на конфронтации «юмора висельника», чтобы не попасть в Преследователя, воспользовалась переключением энергии в эго-состояниях после конфронтации и пригласила Взрослого клиентки к диалогу).

О.: *Да, огень!*

Т.: *А ты могла бы поговорить с ним сейчас? Как будто он здесь, с нами?*

О.: *Да, могу.*

Т.: *ОК, вспомни, пожалуйста, что было здесь на сеансе... Закрой глаза... Представь, что он сидит рядом, вот тут. Что бы ты ему сказала?*

О.: *Я сказала бы...*

Т.: *Говори, как будто он здесь и слышит тебя!*

О.: *Я хогу... как и ты, не пить... и быть достойной тебя... (плачет)
я люблю тебя и хогу, тьобы ты любил... меня...*

Т.: *Это самое главное?*

О.: *Это самое главное... мне хорошо... я сказала, я не ожидала, что
будет так хорошо!*

Плохо контролируемый гнев препятствует терапии. Скорее всего, речь идет о личностных расстройствах. Представляется проблематичным нахождение таких клиентов в терапевтических группах из-за их ярко выраженной враждебности. Часто в индивидуальную терапию эти клиенты попадают под давлением семьи или профессионального сообщества. Основным мотивирующим фактором является угроза наказания, которая сама по себе является фактором, сдерживающим проявления неконтролируемого рэкетного гнева. Однако в долговременной перспективе аверсивные факторы сдерживания уступают вознаграждающим, которые также могут стать мотивирующими для лечения гнева и враждебности. Терапевтические катарсические методы, направленные на выражение гнева в поддерживающих условиях, не показаны таким пациентам, как и другие подобные методики, например, вербальная вентиляция¹, поскольку такие методы могут приводить к эскалации агрессии и ослаблению факторов сдерживания (Berkowitz L., 1993). Более предпочтительны программы управления гневом (Kassinove H., Tafrate R., 2002), имеющие четкую структуру и терапевтические этапы. На первом этапе — подготовке к изменению — проводится оценка мотивации и повышение ее уровня, создаются основы прочного рабочего альянса, повышается степень осознания гнева. На втором этапе — изменения — проводится психотерапевтическая работа по управлению гневом и минимизации его последствий, а именно: рассматриваются варианты избегания гнев-индуцирующих стимулов и уход («избегание как контроль над стимулом», «запланированное избегание ситуаций», «избегание путем временной отсрочки», уход); пациенты обучаются управлению физическим возбуждением через различные способы релаксации и молитвы; формируются жизненные навыки, моторные умения, вербальные умения, навыки социального взаимодействия и общения, проводится тренинг ассертивности² и тренинг решения проблем; в «лабора-

¹ Рассказ о вызвавшем гнев событии и описание своих чувств вызывает улучшение состояния пациентов не за счет достижения катарсиса (отреагирования), а за счет лучшего понимания смысла происшедших событий. Чувства интегрируются в «Я» и становятся более контролируемыми.

² Ассертивность — адекватное выражение чувств, прямое, честное выражение собственных чувств и связанных с ними убеждений.

торных» условиях происходит совладание и переживание ситуаций, вызывающих гнев, а затем ситуации переживаются «под контролем» в естественных условиях. На третьем этапе — принятия, приспособления и привывания — производится стимуляция когнитивных изменений в плане реалистичного видения мира и выстраивания более гибкой философии и тренинг прощения. На четвертом этапе — сохранения изменений — проводится противорецидивный тренинг.

Прощение обидчиков и извинение за причиненный ущерб. Психотерапия прощением. Прощение — это процесс, способный снизить уровень рзектного гнева и трансформировать гнев в более позитивные чувства, например уважение и любовь (Фрезер Т., 2000). Прощение также есть способ выхода из драматического треугольника — перестать быть Жертвой и Преследователем обидчиков, то есть перестать использовать манипуляционные игры во взаимоотношениях с окружающими людьми, переместиться в атмосферу безопасности, завершив «опасные» взаимодействия с поставщиками, собутыльниками и профессиональными Спасателями (поддерживающими зависимость женщинами/мужчинами «на стороне»).

На этапе деконтаминации со стороны зависимых реальны просьбы о прощении лицами, которые пострадали от них. Сообщество АА посвящает этому процессу 8-й, 9-й и 10-й шаги Двенадцатишаговой программы. Т. Горски (2013) считает, что такая просьба о прощении требует достаточных личностных ресурсов, поскольку является стрессовым событием. Он также предлагает деятельность по возмещению вреда, естественно, если такая деятельность безопасна в плане «срыва» и не нанесет еще большего вреда. Роналд Поттер-Эфрон (1989—2002) пишет, что такая деятельность приводит к освобождению от «рациональной» (то есть реальной) вины. Иногда такой деятельности бывает недостаточно, и клиента поощряют повторить процесс, обращаясь к жертвам, чтобы принести те же самые извинения. Возможно, замечает Р. Поттер-Эфрон, клиент сохраняет остаточный гнев и обиду на жертву. Он также замечает, что для выздоравливающего нормально «возвращаться на место преступления» время от времени, чтобы проверять свое чувство раскаяния. По нашему мнению, процессы извинения и прощения у аддиктивных клиентов — две стороны одной медали: для того, чтобы почувствовать себя прощенным, клиент должен иметь опыт прощения другого¹, и наоборот. Иногда эти, казалось

¹ Действительно, даже будучи прощенным своей дочерью Сонечкой Мармеладовой, отец Мармеладов сам не в состоянии простить, возможно, поэтому ему требуется новое, окончательное прощение, с надеждой на которое он про-

бы, два позитивных процесса патологическим образом «увязываются», чтобы послужить основой для игры «Я прощу, когда ты меня простишь», выигрышем в которой является новая эскалация гнева и сопутствующее гневу разрушительное или саморазрушительное поведение. Действительно, у зависимых, происходящих из дисфункциональных семей, нет разрешения «прощать» и нет опыта искренне «быть прощенным». Манипулятивные извинения («прости меня, а то...»), освоенные зависимыми, не предусматривают возможного отказа прощения или даже паузы, когда обиженный мог бы поразмыслить, а зависимый развить какую-то деятельность по возмещению ущерба и вреда. Действует закон «все или ничего». В Наблюдении 24 мы приводим образчик такого извинительного письма отца, чуть не сгоревшего в квартире, к сыну, в очередной раз разочарованному и лишенному надежды на выздоровление отца.

Наблюдение 24

Здравствуй, Петя. Я ужасно виноват перед тобой. Даже толком не представляю, как это случилось. Я выпивал, конегзно, но не больше обычного; это случалось максимум 1 раз в 1–2 недели. То ли искра от сигареты отлетела слишком далеко, куда я не заметил, и стала там потихоньку тлеть. Не исключаю, что это-то случилось с телевизором, последнее время он это-то сильно барахлил. Но главное, лежа я не курил, я никогда не имел и не имею такой привычки. Факт тот, что выпив примерно 750 мл портвейна, а столько же примерно я оставляю себе на вечер, так это и реги не могло быть ни о каком перепитии, я лег поспать при отсутствии малейших призна-

должает пьянствовать. Так, Мармеладов, пропивающий последние семейные деньги, заработанные Сонечкой проституцией, описывает сцену Страшного Суда: «...И когда уже кончит над всеми, тогда возглаголет и нам: „Выходите, скажет, и вы! Выходите, пьяненькие, выходите, слабенькие, выходите, соромники!“ И мы выйдем все не стыдясь и станем. И скажет: „Свиньи вы! Образа звериного и печати его; но придите и вы!“ И возглаголят премудрые, возглаголят разумные: „Господи! Почто сих приемлеши?“ И скажет: „Потому их приемлю, премудрые, потому приемлю, разумные, что ни единый из сих сам не считал себя достойным сего...“ И прострет к нам руке свои, и мы припадем... и заплачем... и все пойдем! Тогда все пойдем... и все поймут... и Катерина Ивановна... и она поймет... Господи, да придет царствие твое!» (Достоевский Ф. М., 2013). В своем прежнем исследовании (Шустов Д. И., 2005) противоречий в духовной сфере алкоголиков мы определили своеобразную группу среди верующих алкоголиков с преобладающей самооценкой грешника, которые, что важно, верили в Бога, но не верили в ад и бессмертие души, своеобразно отрицая посмертное наказание и, возможно, надеясь на прощение, как Мармеладов.

ков горения в доме (телевизор, правда, был включен). Проснулся же я практически в огне. Дело в том, что угарный газ (СО) обладает усыпляющим действием на организм и образуется в больших количествах при медленном тлении пластиковых поверхностей и при возгораниях бытовой техники. А уже потом приходит большой огонь. Практически 100 % людей гибнет именно от угарного газа (это факт). Я уверен, что выжил только благодаря тому, что до 21 года топил пелку, и хотя делал это аккуратно, мой организм привык к несколько повышенным концентрациям СО, и потому я сумел выбраться из квартиры живой (нижего с собой, правда, не захватив, главное — документов). Огнулся я только следующей ночью в больнице скорой помощи. Через три дня меня попытались оттуда выписать с воспалением легких и левосторонним плевритом. Но долежия в психиатрической больнице.

Сегодня, 15 декабря 2014 г., я нахожусь в 30-м отделении психиатрической больницы, основательно пытаюсь разделиться с этим мерзким алкоголизмом. Я занял деньги, у кого смог (примерно 1000 рублей), на длительное время, и с 12 декабря у меня уже должен быть готов новый паспорт в паспортном столе, но меня пока не отпускают.

Петя! Мне крайне необходимо увидеться с тобой, ты даже не представляешь, каково мне сейчас. Ведь у меня никого нет, кроме тебя.

Все еще можно наладить. Я устроюсь на любую работу, у меня есть уже некоторые варианты. Постараюсь тратить на себя минимум, чтобы вносить на ремонт.

Петя! Здесь приемные часы гетверг — суббота — воскресенье (во второй половине дня). Мне необходимо тебя увидеть, я очень соскучился. Мне это крайне, крайне важно.

Петя! Я уверен, все у нас будет очень хорошо.

Р. С. Если соберешься (огень тебя прошу), передача была бы крайне необходима в виде монопродукта (прикрытого).

В общем, извини за сумбур и еще раз прости. Но как-то надо жить дальше.

Твой отец.

Думается, что постоянные «возвращения к месту преступления» отражают цикличность процесса «прощение — извинение» и имеют трансферентную природу: то есть поведенческие паттерны «просить и не быть прощенным», «не прощать и не просить прощения для себя» повторяют более ранние взаимоотношения между ребенком и его родителями. Эти взаимоотношения могут «проигрываться» вновь и вновь, а могут быть основой для анализа и постепенной, слой за слоем, терапии «прощением», когда в первую очередь про-

щают и становятся прощаемыми не самые близкие люди, а люди из недавнего окружения, малознакомые и знакомые, пострадавшие от зависимости клиента, а затем уже члены собственной семьи зависимого — жена/муж, дети — и только затем родители. В конечном счете, родители должны быть прощены, то есть поняты и эмпатически прочувствованы их ограниченные возможности «быть достаточно хорошими» родителями. И только потом, когда родители будут «отпущены», клиент осознает ответственность за свой выбор и свои возможности и ресурсы для перерешения первоначального выбора.

Такая динамика естественна: на стадии контакта клиент «выучивается» держать паузу и выполнять договоренности; на деконтаминационной стадии он освобождает ресурсы Взрослого от гнева и вины, извиняясь и прощая знакомых и членов собственной семьи; затем, на трансферентной стадии, идет глубокая работа на уровне Детского эго-состояния, репарентинг, чтобы наконец простить родителей и сделать перерешение. С другой стороны, пациенты, имеющие хороший личный ресурс и происходящие не из дисфункциональных семей, могут сразу начать излечение с анализа игры «Я прошу, когда ты меня простишь». Клиенты, анализируя и проживая в терапии феномены переноса, уходя в Ребенка и делая изменения в самом основании пирамиды жизни, изменяют и всю ее надстройку. Такое случается.

Большинство клиентов нуждаются в модели прощения («как прощать») и построении внутреннего образа себя прощенного. Именно длительные взаимоотношения с *одним* терапевтом обеспечивают эти возможности.

Умение прощать является необходимым терапевтическим инструментом нарколога. Это умение позволяет принимать пациента вновь и вновь, восстанавливая прерванные эмоциональные связи, приглашая пациента оставаться в сотрудничающем медицинском (психологическом) пространстве, несмотря ни на что. Без обучения умению прощать и на уровне навыка, и на уровне личностной способности не смогла бы состояться профессиональная компетентность врача. Казалось бы, терапевт — не родитель и не близкий пациенту человек — понимает, что алкогольная зависимость — это прежде всего болезнь, которая имеет свои закономерности, течение, ремиссии, обострения. Этот прагматический или чисто медицинский взгляд на вещи исключает необходимость прощать, поскольку больной человек не может обидеть, уязвить или еще каким-либо образом негативно психологически повлиять на врача-нарколога «лично», даже «сорвавшись» и не оправдав надежд последнего. С другой стороны, психологический взгляд на вещи определяется

объективной реальностью взаимодействия «врач — пациент». Даже представители таблеточной наркологии и психиатрии согласны называть этот вид «необъявленной психотерапии» лечением терапевтическим альянсом. В этом роде лечебного взаимодействия наряду с многими действует и фактор личностного взаимовлияния, фактор надежды, как если бы человеческая составляющая нарколога (есть еще и профессиональная) обращалась к пациенту: «Я верю, что у тебя есть силы стать свободным, ты сможешь...» Именно эта часть врачебной души стимулирует веру пациента в самого себя и приглашает действовать тот позитивный потенциал психологического роста и развития, который Аристотель называл «физисом». Именно об этой части души терапевта мы говорим как о переживающей срыв пациента как личную трагедию, переживающей несправедливость и предательство некоего тайного договора и установившегося было взаимопонимания. Здесь, в этой части души, способность и умение прощать особенно востребовано, поскольку, не простив, врач становится не способным вновь встретиться пациента и предложить ему *вновь* все инструменты своей души. Поэтому чисто биологический взгляд на человека и его болезнь с этой точки зрения — одна из психологических защит: не простить и отомстить — значит лишить надежды на будущие изменения. Иногда защита от боли предательства оборачивается преследованием — проективной паранойей, когда не умеющая прощать часть души врача, ненавидя свое собственное несовершенство, переносит самое себя на пациента и начинает преследовать свое перенесенное «Я» в пациенте, например, назначая «терапию» наказанием. Бывает, что гнев и ненависть, направленные на себя, вдруг осознаются тем гештальт-фоном, который вдруг вычерчивает фигуру собственной беспомощности и профессиональной некомпетентности так, что завершение подобной атаки может стать и нередким во врачебной среде суицидальным актом¹.

Накопление обиды, горечи и гнева сегодня описываются в виде самостоятельного заболевания — синдрома посттравматического ожесточения (Linden M. [et al.], 2007), возникающего в ответ на вопиющую несправедливость в ситуации объективной невозможности что-либо исправить. Сама атмосфера, в которой развивается синдром, напоминает реалии терапевтического процесса в наркологии с его непредсказуемостью, хаосом, экстремальным поведением и садомазохистским саморазрушением («Я буду убивать себя на твоих глазах, попробуй помочь...»), когда человеческая врачебная

¹ С позиций ТА подобная терапевтическая игра хорошо описана в статье Фаниты Инглиш (2004) «Различение Жертвы в драматическом треугольнике».

стойкость и толерантность подвергаются серьезным испытаниям, когда так просто, оправданно и естественно не прощать. Синдром ожесточения лечится длительным вмешательством на когнитивном и поведенческом уровнях, получившим название «терапия мудростью». Заключительным этапом является этап прощения. Прощение подразумевает изменение, позволяющее минимизировать чувства гнева, обиды, горечи и желания отомстить, так что это изменение может сопровождаться неожиданным проявлением великодушия по отношению к обидчику, пониманием мотивов его действий и желанием помочь. Прощение освобождает и совершенствует того, кто прощает, приостанавливает трансляцию боли и гнева последующим поколениям, а в настоящем — «развязывает» энергию для новой любви и новой творческой деятельности.

Если рассматривать процесс прощения в качестве психотерапевтического инструмента, то он может быть использован и для реорганизации и восстановления психической стабильности врача после очередного «предательства» пациента, и для лечения самого пациента¹ — жертвы обстоятельств, «друзей» и родительских фигур.

¹ В статье Уэй-Фен Лин и соавторов (Lin W.-F. [et al.], 2004) доказываются эффективность терапии прощением (ТП) у стационарных пациентов, зависимых от психоактивных веществ, в отношении гнева, уровня настроения, уязвимости от употребления психоактивных веществ. В качестве руководства по ТП использовались первые 11 глав монографии «Прощение — это выбор» (Enright R., 2001). В целом участники, получавшие ТП, читали одну главу в качестве подготовки к сессиям, и каждая сессия посвящалась одной из нижеперечисленных тем. Темп лечения выбирался самостоятельно в той мере, в какой участники могли потратить дополнительные сессии на работу с темами, заслуживающими дальнейшей проработки. В начале работы с помощью метода ТП клиент открывает гнев и негодование, вызванное несправедливостью, причиненной другим человеком. Затем вводится решение простить, когда клиент работает, чтобы уменьшить негодование и быть великодушным к обидчику. На данном этапе прощение противопоставляется извинению или освобождению от ответственности («закрывать глаза»), забыванию и примирению. В определенных обстоятельствах клиент может решить простить, но не примириться. Затем начинается рабочая фаза, когда клиент переоценивает (осуществляет «рефрейминг») то, кем является обидчик: клиент, конечно же, видит, что обидчик был не прав, совершая болезненные действия, но одновременно видит его или ее уязвимость или страх. Ключевой момент рефрейминга — формирование взгляда на обидчика как на человека не из-за того, что он или она сделал, а вопреки этому. Упражнения на чувства концентрируются на эмпатии и связанных с ней эмоциях. Фаза открытия фокусируется на том, что человек узнал в болезненном опыте и процессе прощения.

Роберт Энрайт (Enright R., 2001) выделяет 4 фазы терапии прощением (ТП). Фаза раскрытия гнева (*Uncovering Phase*) напоминает дебрифинг, когда клиент в поддерживающих условиях группы рассказывает свою историю и делится чувствами и мыслями, реакциями и устремлениями. В фазе решения простить (*Decision Phase*) клиент подвигается терапевтом к осознанию того факта, что его обида и гнев значимо сказываются на качестве его жизни и жизни окружающих его близких. Раз за разом передавая свою историю и находя в ней новое содержание, клиент, ориентируясь на эмпатическую поддержку терапевта, может самостоятельно прийти к решению простить, «смириться с прошлым, не забывая о нем», чтобы начать новую жизнь в будущем. Важно, чтобы решение простить стало результатом свободного, а не навязанного выбора, даже если терапевт может «подсказать» выход через прощение. Клиент должен осознать, что он «болезненно устал быть больным и усталым» (*sick and tired of being sick and tired*) и готов начать процесс прощения. В фазе работы (*Work Phase*) или «реформации» прощающий может увидеть обидчика под новым углом зрения (рефрейминг), понимая, что тот находился «под давлением обстоятельств» — имел более или менее значимые причины (в том числе и болезнь зависимости), обусловившие срыв или нарушение режима. Для врача, проходящего через прощение трудного клиента, важно именно на этой фазе придерживаться концепции «больного поведения». Для пациента, например, в методике Родительского интервью (см. выше) важно понять, насколько его родители не были свободны в своем выборе и насколько их отношение к нему, пациенту, диктовалось и предопределялось их собственной историей патологических взаимоотношений уже со своими родителями. Когнитивная реформация прокладывает дорогу аффективной реформации — эмпатии к обидчику и его эмоциональному пониманию. Эмпатия — это дорога к состраданию через восприятие чужой боли. На этом этапе врач может обратиться к собственному личностному материалу, своему прошлому опыту и осознать те глубинные собственные причины, повлекшие столь бурную ответную реакцию на очередную провокацию алкогольного «Я» пациента. Пациент, прощая реальных обидчиков и родителей-алкоголиков, начинает чувствовать к ним сострадание. В других случаях¹ пациент, сам будучи прощенным врачом, как «блудный сын» в объятиях некогда униженного им отца, вдруг начинает осознать, что требования, подозрения и претензии к нему были суть вымышленными и только кажущимися, ненастоящими. Прощение родителей — это долгий путь,

¹ Когда пациент из семьи «достаточно хороших» родителей.

и, возможно, его завершение лежит гораздо дальше деконтаминационной стадии, иногда же вообще знаменует окончание терапии (Erskine R., 1973). Фаза углубления (*Deepening Phase*), освобождения, милосердия и великодушия имеет для каждого уникальный смысл, и скорее всего энергия нового решения простить будет пропорциональна энергии травмы. В нашем случае фаза освобождения — это восстановление способности любить пациента, быть готовым инвестировать ему профессиональную человечность и снова дарить надежду, без которой всякое лечение *безнадежно*.

В своей статье, больше посвященной проблемам прощения насильников женщинами и терапии пострадавших, Шэрон Лэмб (Lamb S., 2005) приводит альтернативы терапии прощением, коль скоро эта терапия способствует, по ее мнению, виктимизации:

«Первая альтернатива хорошо всем знакома. Это то, чем занималась терапия на протяжении десятилетий, а именно — помощь клиентам в проработке чувства гнева в пространстве, где гнев не только разрешен, но и ему позволяют раскрываться во всей силе. В гуманистической традиции и терапии Кохута (1977), писавшего о терапии пациентов с нарциссической яростью, благословение, данное терапевтом гневу, может восстанавливать у индивидуума чувство справедливости и самооценку, а также умение управлять собственным гневом; даже исследование фантазий о мести в этом убежище приватности и разрешения может со временем наделить клиента силой эго, чтобы дистанцироваться. Почему? Потому что спешные устремления „отпустить“ гнев, „двигаться вперед“ и „взбодриться“ являются посланиями о том, что гнев или избыток гнева недопустимы и что раненый не имеет права на весь тот гнев, который испытывает. В рамках такой терапии терапевт и клиент могут найти конструктивные способы осуществления символической мести и выражения гнева с помощью общественной деятельности (активной гражданской позиции).

Вторая альтернатива — помочь клиенту дополнительно научиться жить с печалью и гореванием так, чтобы они при этом не захлестывали его. Многие раны подразумевают утрату. Мы также можем выступить в защиту „отпускания“ без прощения. „Отпускание“ может занять время и, вероятно, не будет столь чистым и безупречным, как нам хотелось бы. Однако клиенты могут дистанцироваться от старых ран на здоровое расстояние. „Отпускание“, пережитое некоторыми, происходит благодаря друзьям, выступающим в роли утешителей (*hand-holders* — те, кто держит за руку, поддерживая и успокаивая. — Прим. перев.), подобно тому, как это происходит в поддерживающем консультировании, а также благодаря выстраиванию «Я», отдельного от этой раны. Мы можем помочь

клиентам работать над выстраиванием „Я“, инвестируя в другие области, формируя самооценку, необходимую, чтобы „отпустить“. Однако терапевты редко обещают, что „отпускание“ — это конец истории. На самом деле слова „простить“ и „забыть“ звучат в обратном порядке у Шекспира, когда Король Лир просит Корделию „забыть и простить“ — ей действительно придется кое-что забыть, чтобы простить. Аналитик Генри Смит (Henry Smith) задает вопрос: „Может ли быть так, что, чтобы простить, мы должны вначале позволить себе подзабыть, чтобы ослабить связь с актуальностью боли?“ (Р. 329).

Наконец, психодинамическая терапия может выступать за принятие амбивалентности. Хотя ряд авторов утверждает, что прощение дает облегчение от „калечащего состояния амбивалентности“ (Waldron-Skinner, 1998. Р. 16), в моей собственной клинической практике и в описанных клинических примерах самые сильные личности — это те, кто может принять¹ амбивалентность своих эмоций и установок. Терапевт, целью которого является прояснение всех эмоций, действующих у клиента одновременно, подготавливает клиента к многообразию эмоций, испытываемых людьми. Хаакен пишет: „Работа терапевта — расширить горизонты осознания и помочь пациенту удержать (*holding*) противоположные части своего „Я“ с их соответствующими голосами и валентностями чувств“ (Haaken 2002. Р. 189). „Отпускание“ в таком случае не очищает душу от всех „пятен“, старые чувства гнева, боли и мести могут вернуться в беспокойные времена или станут осязаемыми, когда человек встретится с похожими обидами. И в то же время более здоровый человек — не тот, кто говорит в этот момент: „Хм, я думал, я покончил с этой старой раной“ или „Мне нужно проделать дополнительную работу, чтобы преодолеть эту рану“, — а тот, кто говорит: „Да, эта боль — все еще часть меня“. И он встречает эту вскрывшуюся рану, обладая уже более сильным „Я“ и большими знаниями о себе.

Это и есть альтернативы прощению. Есть виды терапии, эффективно работающие с этими целями, однако они не обещают обрести покой через 12² недель» (Lamb S., 2005. Р. 75, 76).

Конечно, терапевтический потенциал извинения и прощения не может быть справедливо оценен без учета их духовной составляющей и личностного развития пациента на пути к выздоровлению, то есть без учета уже сделанной им предшествующей работы.

¹ Принять не как *accept*, а скорее как «встретиться», «приветствовать», «заметить и не отрицать» (Прим. перев.).

² Намек на методику Роберта Энрайта (см. Lin W. [et al.], 2004).

Горевание у зависимых от алкоголя пациентов

Горевание — это комплекс эмоциональных, когнитивных и поведенческих реакций на утрату: смерть другого человека, потерю иного значимого объекта привязанности или изменение состояния — утрата молодости, возможностей, способностей, переезд, смена работы и т. д. (Zisook S., Shear K., 2009). Тема горя, печали и тоски часто проскальзывает на психотерапевтических сессиях с пациентами, зависимыми от алкоголя, нередко находя выражение в таких метафорах, как «черная пелена», «провалился в яму», «словно свет погас», «пропал смысл жизни», когда они говорят о травматичных или стрессовых событиях в своей жизни (Hammer R. R. [et al.], 2012). Горевание считается одной из центральных мишеней психотерапии зависимостей (Mann J., 1981; Soderstrom C. A. [et al.], 2007; Field J., 2014) и рассматривается с нескольких точек зрения в зависимости от объекта утраты и того, что в состоянии пациента было первичным: утрата и горе либо собственно аддиктивное заболевание.

Согласно модели «утрата — горе» (Beechem M. H. [et al.], 1996), формирование и поддержание алкогольной зависимости может быть связано с нерешенными проблемами горевания по утратам, последовательно возникавшим во временном континууме: 1) утратам, понесенным до формирования зависимости; 2) утратам, связанным с возникновением зависимости; 3) утратам, связанным с началом лечения.

Что касается первой категории утрат, использование психоактивных веществ в качестве лекарства от чувства горя при потере близких продемонстрировано рядом исследований (Prigerson H. G. [et al.], 1997; Byrne G. J. A. [et al.], 1999). Если в истории пациента имеется смерть родителей, супруга, ребенка, выкидыши или аборт, то вполне вероятно, что испытываемая ими депрессия или непонятные чувства боли и тоски связаны с незавершенным трауром. Считается, что такая реакция свойственна в большей степени женщинам, чем мужчинам (McDuff B. R., Solounias B. L., 1992), хотя экспериментальные данные демонстрируют смешанные результаты. Джон Боулби (Боулби Дж., 1961—2004) считал, что в основе женской депрессии лежит длительная разлука (невротическая депрессия) или ранняя потеря (психотическая депрессия) матери, тогда как эти же события в жизни мальчиков ассоциировались с антисоциальным поведением. В крупном шведском исследовании факторов, способствующих злоупотреблению наркотиками и алкоголем среди 1053 овдовевших женщин, установлена связь между избыточным приемом алкоголя и гореванием, когда алкоголь использовал-

ся для облегчения боли (Grimby A., Johansson A. K., 2009). А авторы венгерского популяционного исследования среди 4457 человек приводят похожие данные в отношении мужчин: мужчины, горюющие вследствие утраты близкого, в отличие от женщин и не горюющих мужчин, имеют риск возникновения алкогольной зависимости и высокого уровня употребления алкоголя с пагубными последствиями в течение первых двух лет горевания (Pilling J. [et al.], 2012). Нерешенное «доаддиктивное» горе может быть также связано с детскими травмами, включая «брошенность» и отвержение со стороны родителей, перенесенным насилием, утратой детских иллюзий, карьерных или образовательных возможностей, инвалидностью и т. д. (Haberstroh S., 2007). Дж. Боулби в статье «Печаль детства и значение ее для психиатрии» говорит о синдроме годовщины утраты родителей, связанном с развитием психиатрического заболевания, а «...задача лечения заключается в помощи пациенту восстановить скрытое страстное желание и печаль по утраченной матери и скрытый гнев за ее уход от него, другими словами, вернуться к первой фазе траура со всей ее амбивалентностью чувств, которые во время утраты были либо исключены, либо слишком быстротечны» (С. 81).

Утраты, связанные с формированием зависимости, касаются потерь, вызванных непосредственно употреблением алкоголя. Прежде всего это потери в близких отношениях: семейные конфликты, часто заканчивающиеся разводом либо разрывом связей с близкими родственниками; потеря уважения детей и лишение родительских прав. Отдельная и очень тяжелая категория утрат связана с социально осуждаемыми смертями, то есть смертями, о которых нельзя или не принято говорить. Это прямо или косвенно обусловленные АЗ выкидыши и аборты; смерти вследствие алкогольной интоксикации («захлебнулся в собственной рвоте»); самоубийство или убийство родных (в пьяной драке), в которых пациент часто считает себя виноватым. Эти события нередко скрываются пациентами и, соответственно, остаются в поле незавершенного траура и неотрагированного эмоционального опыта.

Интересно, что «необсуждаемое» горе можно зачастую обнаружить под описанием утрат третьей категории, непосредственно относящихся к лечению, среди которых основными будут утрата собственно алкоголя и состояния алкогольного опьянения. Несмотря на все осознаваемые преимущества трезвого образа жизни, утрата алкоголя как объекта привязанности влечет возникновение острых чувств тоски, печали, гнева. Клиенты «оплакивают свою зависимость так, как обычно горюют о любимых» (Moss, 2005. Р. 2. *Цит. по*: Skoog S., Froeschle Hicks J., 2014). Воздерживающийся алко-

лик «скучает» по алкогольным ритуалам и общению: по выпивке «с друзьями в гараже», «после работы», по «пятничным посиделкам с коллегами до потери памяти», по просмотру футбола в компании друзей и двух ящиков пива и т. д. Пациенты могут описывать прощание с алкоголем, как «прощание с близким другом» (Hammer R. R. [et al.], 2012), либо говорить о том, что без алкоголя они чувствуют себя «обнаженными», «лишенными защиты», «потерявшими целостность», которые давал им алкоголь (Field J., 2014). В первом примере с точки зрения нарративного подхода интересным было бы исследование аналогии, которую проводит пациентка между отказом от алкоголя и смертью друга. Нет ли здесь «двойного дна»? Например, какого «друга» действительно оплакивает пациентка: больную алкоголизмом мать, ушедшего в другую семью отца, бывшего парня, погибшего от передозировки?

Пациенты будут горевать о старых стратегиях совладания со стрессом, которые они потеряли вместе с отказом от алкоголя, о свободе и ослаблении, которое он давал. Иногда они встречаются со «смертью» созависимых отношений и утратой своей роли в них, когда им приходится принимать и нести ответственность за свою жизнь и поведение, а не «делиться» (точнее, перекладывать) ею с женой, коллегами и врачами наркологического стационара. Утрата привычных и социальных ролей алкогольного «Я» — «алкаша», «третьего» в компании выпивающих, пьяного Преследователя и страдающей от похмелья Жертвы — означает необходимость поиска новых способов структурирования времени, новых источников поглаживаний и позитивных эмоциональных состояний, что становится сильным стрессом для выздоравливающего. Очевидно, что нерешенный в терапевтической ситуации стресс будет играть определенную роль в возникновении рецидивов на фоне острого чувства тоски и печали по добрым старым алкогольным временам и тому человеку, которым алкоголик был раньше, «до» лечения.

Для успешной психотерапии потери у аддиктивных клиентов, по мнению Сандерса (Sanders M., 2002), терапевт должен иметь навыки работы с личностными потерями, в том числе с собственными, поскольку его неспособность встретиться со своим чувством боли будет препятствовать выражению чувства боли у клиента. Терапевт должен осознавать многообразие потерь у аддиктивного клиента, понимая, что реакция горевания, несмотря на ее универсальный характер¹, уникальна у каждого клиента, уметь выслушать

¹ Элизабет Кюблер-Росс (Kübler-Ross, 1969; 2005) описала универсальные стадии горевания: отрицание потери, гнева, сделки, депрессии и принятия. Стадии движутся по спирали, и чувства потери, будучи эмоционально отреа-

его историю и оценить возможности, на которые можно опираться, чтобы помочь ему. Следует соотнести срывы ремиссии с потерей, если таковая связь имеет место, и предложить составить конкретный план действий в годовщину потери (посетить собрания АА или контактировать с людьми, могущими контейнировать захлестывающие пациента чувства), а также в годовщину общеизвестных трагедий (11 сентября и др.), которые могут выступить в роли триггеров очередного срыва. Ряд рекомендаций касается поведения терапевта при проведении сессий, в частности пунктуальности, особенно важной у клиентов с историей заброшенности, а также способности терапевта эффективно завершать как сессии, так и терапию в целом, предлагая оставить для клиента их взаимоотношения в качестве хорошей модели и «безопасной базы»¹.

5.5. Доступный Взрослый. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия и психотерапия, использующая запрет и плацебо-эффект

Деконтаминационную работу, о которой идет речь в гл. 5, может осуществлять и время. Процесс взросления (расширение Взрослого осознания себя и окружающего мира) способен остановить аддитивный процесс за счет созревания префронтальной коры и феномена синаптического прунинга, когда к 25 годам утрачивается до 50 % неэффективно действующих нейронов (Low L. K., Cheng H. J., 2006), а склонность к риску и чувствительность к вознаграждающим стимулам, достигавшая максимума в период с 12 до 17 лет, снижа-

гированы раз за разом в спирали горевания, теряют свою интенсивность, а человек приходит к окончательному принятию случившегося, вместе с тем становясь свободным для формирования новой значимой для него личностной связи. Однако на практике человек не всегда «удачно» проходит все стадии траура, застревая на одной из них или пропуская стадии, что обуславливает появление синдромов осложненного траура. Терапевт приглашает клиента пройти все стадии, например, в технике повторного переживания горя (Волкан В., Зинтл Э., 2007), начиная с рэидентификации с объектом потери (в 1944 г. Эрик Линдеманн (Lindemann E., 1944) впервые описал феномен, когда человек идентифицируется с образом умершего, продуцируя даже симптомы заболевания, приведшего его к смерти), с преодоления амбивалентности («разобраться, почему пациент хочет то «воскресить» утраченного человека, то «освободиться от него»), двигаясь к демистификации связующего объекта (какой-либо вещи умершего, «обожествляемой» пациентом) и окончательному освобождению.

¹ Термин Дж. Боулби, характеризующий надежное, безопасное место, куда пациент может обратиться (в том числе внутри себя) в случае стресса или другой необходимости.

ются (Steinberg L. [et al.], 2008; Steinberg L., 2010). Эти данные подтверждаются данными различных исследований о том, что около половины подростков с алкогольными проблемами прекращают чрезмерное употребление алкоголя в период взросления (Clark D. B., 2004). Деятельность Взрослого эго-состояния стимулируется его повышенной востребованностью. Так, по данным NESARC¹ (Dawson D. A. [et al.], 2006. *Цит. по:* NIAAA, 2006. Р. 5), значимые или переходные события в личной жизни, такие как окончание университета, трудоустройство, брак, рождение детей, были достоверно связаны с выздоровлением от алкогольной зависимости. Эти же данные свидетельствуют, что дальнейшее прогрессирование алкогольной зависимости во многом определяется неудачами, возникающими в процессе перехода на новый статус. Поэтому любая деятельность, направленная на помощь взрослому (языком ТА — усиление значимости Взрослого эго-состояния) и развитию префронтальной коры, является лечебным фактором в отношении аддиктивных заболеваний.

В контексте нашего изложения деконтаминация Взрослого эго-состояния у зависимых пациентов приводит к лучшему функционированию, делая пациентов доступными для все более сложных, когнитивных лечебных воздействий. Такие функции Взрослого, как умение сдерживаться, то есть сопротивляться позывам к употреблению алкоголя, умение сконцентрироваться и длительное время сохранять необходимое для обучения внимание, сохранять информацию в долговременной памяти и усилием воли воспроизводить ее, позволяют пациентам на этой стадии участвовать во все более сложной когнитивной деконтаминационной работе, распознавать и избегать триггерные события и формировать новые навыки для совладания с влечением.

Когнитивно-бихевиоральная психотерапия

Под когнитивно-бихевиоральной терапией (КБТ) аддиктивных расстройств обычно понимается ряд лечебных подходов, основанных на теориях социального научения и принципах оперантного обусловливания (Carroll K., Onken L., 2005). Согласно теории КБТ влечение является реакцией на внешние, ассоциированные с психоактивным веществом стимулы (стимул-реакция), а аддиктивное поведение формируется в результате неоднократного позитивного подкрепления употребления психоактивных веществ. Таким образом, цель КБТ — изменение выученной связи между ассоциированными с алкоголем стимулами и потреблением с помощью когнитивных

¹ The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions.

техник и тренинга навыков. В этом смысле она совпадает с целью этапа деконтаминации.

Многообразные интервенции КБТ могут использоваться как в индивидуальном, так и в групповом формате, совместно или по отдельности. Вместе с тем можно выделить основные стратегии КБТ (Magill M., Ray L. A., 2009):

1. Выявление внутриличностных и межличностных факторов, способствующих возникновению рецидива (триггеров) через осознание эмоциональных состояний и стоящих за ними дезадаптивных решений; осознание моделей мышления (дисфункциональных убеждений, автоматических мыслей), актуализирующихся в ситуациях риска употребления; выявление и конфронтация мыслей об употреблении.

2. Тренинг навыков совладания с АЗ.

3. Тренинг навыков отказа от употребления ПАВ (в том числе подготовка к непредвиденным ситуациям).

4. Функциональный анализ употребления ПАВ (понимание ситуаций, предшествующих употреблению, и его «позитивных» и негативных последствий).

5. Активизация видов деятельности, не связанных с употреблением ПАВ.

К основным методам КБТ, используемым в лечении алкогольной зависимости, относят: противорецидивную психотерапию; поведенческий тренинг самоконтроля; терапию ситуационного контроля; поведенческую супружескую психотерапию; методику направленного самоизменения; методику поиска безопасности; терапию, стимулирующую участие в Двенадцатишаговых программах; подкрепление сообществом.

Процесс деконтаминации с помощью КБТ можно проиллюстрировать на примере противорецидивной психотерапии (Marlatt G. A., Gordon J. R., 1985—2005), элементы которой используются во всех вышеперечисленных методах. Мишенью противорецидивной психотерапии является процессуальный характер рецидива и развитие стратегий совладания для поддержания изменений, достигнутых в терапевтическом процессе. Процесс формирования срыва и рецидива представлен в виде определенной последовательности, на всем протяжении которой возможны психотерапевтические или самостоятельные интервенции пациента. Данная последовательность выглядит так, что дисбаланс стиля жизни пациента (когда количество *должен* значительно превосходит возможности *хоту*) приводит к появлению у трезвого пациента желания «уступить» *хоту* в момент возникновения влечения. Контаминированный Взрослый начинает формировать ложные убеждения, которые, по его мнению, отража-

ют реальность, а на самом деле призваны скрывать ее значительную часть, особенно связанную с негативными последствиями употребления алкоголя. Когнитивные терапевты (Beck A. T. [et al.], 1993) выделяют три типа ложных убеждений, связанных с употреблением алкоголя и наркотиков: предвосхищающие («Я крутой/привлекательный/остроумный, когда выпью»); ориентированные на облегчение («Если я не выпью, то моя депрессия не прекратится»); стимулирующие или разрешающие («Я сегодня навкальвался и заслуживаю рюмку», «Одна рюмка не приведет к срыву», «Я могу себя контролировать и не сорвусь в запой»). В противорецидивном подходе особое внимание уделяется работе с убеждениями, связанными с рецидивом. Согласно данной модели рецидив, или возвращение к неконтролируемому употреблению алкоголя после периода воздержания или умеренного потребления, — это не «провал» пациента, врача и родственников, а этап естественного процесса изменения, предоставляющий возможность лучше понять, какие межличностные, ситуационные и психологические факторы мешают изменить аддиктивное поведение и начать эффективно использовать навыки совладания (Marlatt G. A. [et al.], 2002). Ложные убеждения о рецидиве преодолеваются с помощью техник когнитивной реструктуризации. Здесь внимание клиента фокусируется не на признании вины за свой «провал» и «слабоволие», а на конкретных психологических и внешних факторах, непосредственно предшествовавших рецидиву; либо на стратегиях совладания, которые были ему знакомы, но не были использованы; либо на анализе падения самооценки и самооценки в результате срыва, когда активизировались базовые решения и депрессивные убеждения о себе, других и мире (языком ТА — активизировались негативные Родительские интроекты и усилилась контаминация Взрослого). Возможно, терапевту придется уделить время проработке чувств вины и стыда, возникающих в результате срыва и затрудняющих когнитивную работу. Терапевт сочувствует пациенту и выражает понимание, однако поощряет и воодушевляет его воспользоваться срывом как ценным опытом, приглашая вспомнить и описать ситуацию срыва, чтобы выявить когнитивные искажения («ловушки разума»), приведшие его к игнорированию опасной ситуации, обесцениванию своих возможностей справиться с ней и принятию «очевидно незначимого решения» (в терминах противорецидивной терапии) выпить. Необходимо отметить, что когнитивная реструктуризация убеждений о рецидиве может быть предложена и как профилактическое средство, например, в форме упражнения «Воображаемый рецидив», когда пациента приглашают как можно ярче представить, что бы произошло, если бы он возобновил употребле-

ние алкоголя. Как произошел бы рецидив? Где? В какой компании? Каковы были бы краткосрочные и долгосрочные последствия?

Еще одним способом работы с рецидивом становится составление «кризисных планов» либо «карточек совладания» (Beck J. [et al.], 2005) на случай срыва. В начале терапии пациенту объясняют, что ему необходимо быть готовым к срыву, чтобы воспользоваться им как опытом, не разрушая самооценки и не погружаясь в чувства вины и стыда. Для этого пациент разрабатывает четкий план действий в момент срыва и оформляет его в письменном виде, в том числе в виде особых карточек (заметок в телефоне или ноутбуке), которые он носит с собой и может прочитать в случае обострения влечения к алкоголю, появления автоматических мыслей и усиления негативных чувств. Табл. 5 оформлена в виде такой карточки.

Центральным процессом терапии становится совместный анализ рецидива, в ходе которого на основе оценки потенциальных межличностных (конфликты в семье), внутриличностных (негативные или позитивные эмоциональные состояния), средних (близость бара, социальное давление) и физиологических (неуточненное влечение) триггеров рецидива создается уникальный профиль опасных ситуаций для пациента и оценивается его способность совладать с ними (Marlatt G. A. [et al.], 2002; Larimer M. E. [et al.], 1999). Пациент и терапевт стремятся понять, почему пациент терпит неудачу: возможно, ему не хватает знаний и навыков, а возможно, причина в низкой самоэффективности или мотивации, то есть исследуются базовые убеждения пациента о себе, о заболевании, о других («Я ни к чему не способен», «Все закончится печально», «Я растерян и напуган», «Мне никто не поможет», «Я сам справлюсь»). Пациент и терапевт, как партнеры и котерапевты, с помощью различных психодиагностических опросников¹ и когнитивных инструментов («Описание прошлого рецидива», «Воображаемый рецидив») создают профиль опасных ситуаций пациента, своеобразную карту, позволяющую пациенту осознать, где, когда и какой риск рецидива его поджидает; какие мысли будут у него в голове и какие чувства он будет испытывать в тот момент. В случае кризиса эта карта, то есть осознание опасных сигналов (в том числе «автоматических мыслей»: «Почему мне нельзя, а им можно?» «Это несправедливо», «Я ведь заслужил» — и интенсивных аффектов: ярости, обиды),

¹ Например, англоязычные «Опросник убеждений о потреблении ПАВ» (Wright F. D. The Beliefs about Substance Use (BSU) scale, 1993); «Опросник ситуаций употребления наркотиков» (Turner N. E. [et al.]. IDTS — Inventory of Drug-Taking Situations); «Оценка рецидива употребления ПАВ» (Schonfeld L. [et al.]. SARA — Substance Abuse Relapse Assessment, 1993).

Карточка совладания (Beck J. [et al.], 2005; Бек Дж., 2006)

<p>Мои действия, если я захочу выпить:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Пойду гулять в парк. 2. Позвоню непьющей подруге, и мы отправимся по магазинам. 3. Позвоню терапевту и договорюсь о срочной внеплановой сессии. 4. Позвоню терапевту и попрошу помощи по телефону. 5. В этот же день отправлюсь на собрание Анонимных Алкоголиков
<p>Мои действия в случае сильного влечения:</p> <p>Мое влечение — это всего лишь влечение. Мне не нужно ему потакать. Оно пройдет. Я могу его выдержать. Я уже справлялась с влечением и смогу сделать это сейчас. Через несколько минут я буду счастлива, что игнорировала его. Когда я игнорирую влечение, то становлюсь сильнее</p>
<p>Мои действия в случае желания удовлетворить свое влечение, когда мне кажется, что я заслужила рюмку или нуждаюсь в ней:</p> <p>Оставайся на месте. Не открывай бар. Подожди 5 минут. Я достаточно сильная, чтобы подождать и заниматься своими непосредственными делами — тем, что обозначено у меня в плане</p>
<p>Мои возможности и действия в случае рецидива:</p> <p>У меня есть выбор. Я могу катастрофизировать рецидив, расстроиться, поверить, что все безнадежно, и наверняка мне станет хуже. Или я могу вернуться к моим записям, сделанным во время терапевтических сессий, вспомнить, что рецидивы — это нормальная часть выздоровления, и подумать, чему я могу научиться благодаря рецидиву. Так я почувствую себя лучше и смогу поскорее справиться с рецидивом. Затем я должна провести сессию самотерапии и подумать, как преодолеть текущие трудности. И наконец, я могу позвонить терапевту и кратко рассказать ему о том, что я сделала сама, и/или обсудить возможности встречи, если мне это покажется целесообразным</p>

позволяет предотвратить контаминацию Взрослого, предупредив его о возможной активизации дисфункциональных убеждений.

Работа с автоматическими мыслями ведется согласно принципам когнитивной терапии, предполагающей, что в основе дисфункционального аддиктивного поведения лежат ошибочные мыслительные процессы (Beck A. [et al.], 1993). Встреча с каким-то внешним или внутренним событием (триггером) приводит к возникновению определенного аффекта, стимулирующего возникновение автоматических мыслей — когнитивных искажений или «ошибок мышления», не позволяющих адекватно оценить реальность и конструктивно решить проблему (отказаться от выпивки). Типичные когнитивные искажения представлены в табл. 6 (Burns D. D., 1980; Beck A. T., 1976).

Типичные ошибки мышления

№	Ошибка мышления	Определение	Пример из практики
1	Полярное мышление («Все или ничего»)	Человек делит опыт по принципу «белое» и «черное», игнорируя промежуточные состояния	«Я полный неудачник и свинья, а моя жена — святой человек, терпит все мои выходки»
2	Сверхообщение	Перенос прошлого негативного опыта на текущую ситуацию и за ее пределы	«Я неизлечим, никогда не смогу бросить пить (в прошлый раз после лечения я все равно сорвался)»
3	Обесценивание положительного	Убежденность в мало-значимости собственных успехов, достижений, позитивного опыта	«Сейчас мы живем мирно [с женой], но она все равно рано или поздно со мной разведется». «Я вчера не выпил только потому, что задержался допоздна на работе»
4	Необоснованные выводы	Решение о способе реакции в ситуации отсутствия информации, необходимой для принятия решений	«Вы не дали мне сегодня обратную связь, потому что я был с Вами груб»
4а	«Чтение мыслей»	Убежденность в негативном отношении других даже при отсутствии каких-либо свидетельств этого	«Все считают меня неудачником». «Вы думаете, что я Вас обманываю, доктор»
4б	«Предсказание будущего»	Убежденность в способности предсказать негативный результат, игнорируя другие реальные возможности	«Ваша болтология мне не поможет». «У Васи ничего не выйдет (с лечением), у него же такая травма — пусть хоть полежит у вас, кровь почистит» (жена зависимого пациента с черепно-мозговой травмой)

№	Ошибка мышления	Определение	Пример из практики
5	Преувеличение или преуменьшение	Преувеличение значимости негативных и преуменьшение важности позитивных событий	«Я Вам прошлый раз нагрубил, теперь Вы ко мне никогда не будете так хорошо относиться, как раньше». «Я уже два месяца трезвый, а выпить все равно хочется — на всю жизнь останусь алкоголиком»
6	Эмоциональное обоснование	Вера в истинность какого-то убеждения, поскольку человек чувствует или ощущает, что это так, игнорируя доказательства обратного	«Давайте сегодня терапию перенесем — чувствую, что сегодня не смогу работать». «Чувствую себя уродом моральным... Да я такой и есть»
7	Навешивание ярлыков	Идентификация с собственными недостатками либо идентификация другого человека с какими-либо негативными характеристиками для описания поведения или ошибки	«Я слабак» (вместо «Я не смог справиться с влечением»); «Жена... она у нас Снежная Королева» (вместо «Она не дает мне достаточно эмоционального тепла и заботы») ¹

¹ Стефан Сандстрем (Sandstrom S., 2009) говорит о «распаковке» метафорического послания как о методе деконтаминации. «Распаковка» здесь означает начало когнитивного процесса, в котором послание-метафора (Снежная Королева и проч. — *Авт.*) конфронтируется и смешивается с неконтаминированными областями Взрослого. Пока послание находится в форме, которую можно описать коротким слоганом-метафорой, оно может успешно конкурировать со Взрослым осознанием за счет связанной метафорой энергии. «Распаковка» может осуществляться за счет (1) *определения* послания, когда пациента просят объяснить, что для него значит тот или иной слоган, и при этом раскрывается мифическое качество послания; а также с помощью (2) *внедрения исключения*, поскольку послание является обобщенным утверждением о том, как существуют вещи, а поиск исключений из этого правила может аннулировать (или поставить под сомнение) само существование контаминирующего метафорического утверждения.

№	Ошибка мышления	Определение	Пример из практики
8	Долженствование	Догматическая убежденность в правильности или неправильности тех или иных поступков или поведения, описываемая с помощью слов «должен», «следовало бы», «нужно», «надо», «нельзя» и т. д.	«Он должен быть примером для детей, а он слаб» (жена пациента). «Я должен во всем слушаться отца [алкоголика]»
9	Катастрофизация	Ожидание неудачи и преувеличение возможных негативных последствий проблемы	«Я так злюсь на Вас, что хочу бросить лечение». «Теперь жена от меня точно уйдет. Вот увидите»
10	Фильтравание	Концентрация внимания на неудачах, негативных характеристиках, их преувеличение и «выбраковывание» всех позитивных аспектов ситуации	«Больше я в реабилитационный центр ¹ не поеду. Ну и что, что я полгода трезвый? Я бы и сам смог. А там ни свободы никакой, одна писанина по «шагам» да мозги промывают»
11	Персонализация	Убежденность, что все, что делают другие люди, имеет какое-то отношение к Вам либо имеет в Вас первопричину, сравнение себя с другими людьми	«И в магазине постоянно обвешивают, потому что видят, что я неудачник»
12	Туннельное мышление	Акцент только на негативные аспекты ситуации	«А теперь они меня хотят в реабилитационный центр закрыть, а там всем известно кто — одни наркоманы и сектанты»

В работе с искажениями мышления когнитивные терапевты, как правило, придерживаются следующего алгоритма. Вначале проводится оценка значимости, истинности и актуальности (нерешенности) автоматической мысли и связанного с ней негативного чувства для пациента (насколько пациент доверяет данной мысли, насколько сильны связанные с ней эмоции). Далее проводится оценка контекста, связанного с возникновением автоматической мысли: наи-

¹ Реабилитационный центр для зависимых от алкоголя и наркотиков.

Бланк выявления алкогольных автоматических мыслей

Время	Какая ситуация вызвала у меня негативные эмоции?	Какие отрицательные чувства или сильные ощущения (влечение) я испытал?	Что я подумал в этот момент?	Что я сделал?	Что я мог бы сделать? (адаптивная реакция)*
8:00–12:00					
12:00–16:00					
16:00–20:00					
20:00–24:00					
24:00–8:00					

* Данная графа является опционной.

более типичных ситуаций, других участников, вызываемых эмоций и ощущений, сопутствующих образов и представлений, поведенческого результата. Эти этапы можно проходить непосредственно на терапевтическом сеансе, а можно — в рамках домашнего задания, когда пациенту предлагают вести своеобразный дневник, фиксировать на бумаге время, ситуацию, вызвавшую негативные чувства, возникшую автоматическую мысль и последовавшее поведение. Пример бланка для регистрации и выявления автоматических мыслей приведен в табл. 7.

Совместный с пациентом анализ бланка регистрации автоматических мыслей позволяет выявить наиболее часто встречающиеся ошибки мышления пациента и создать целостную картину представлений, с помощью которых зависимый пациент поддерживает запас плохого самочувствия, необходимый ему для обращения к спасительной силе бутылки.

Как мы упоминали выше, под автоматическими мыслями лежат промежуточные алкогольные убеждения, а еще глубже скрыты базовые убеждения человека. Таким образом, исследование автоматических мыслей приводит к открытию и проработке базовых убеждений. Для этого предлагается «метод нисходящей стрелки», когда проработка ведется от выявления интенсивного чувства, возникшего в результате действия какого-то триггера, к осознанию того, какие «автоматические мысли» → «промежуточные алкогольные убеждения» → «базовые убеждения» лежат за ним.

Наблюдение 25

Описывая ситуацию срыва, пациент П. сообщил, что решил выпить, когда на работе выяснилось, что он не выполняет месячный план. Интенсивное чувство тревоги вызвало «автоматические мысли»: «Мне с этим не справиться», «Это невозможно сделать». Чтобы «справиться», клиент решил обратиться к алкоголю, ориентируясь на «промежуточные алкогольные убеждения»: «Алкоголь помогает быстро снять тревогу и забыть о проблеме». Он разрешил себе употребление: «Я так много работаю; все равно ничего уже не исправлю; я заслужил рюмку». Наутро после интенсивной выпивки клиент испытывает чувство стыда и безысходности: «Я слаб. У меня нет силы воли. Я совершенно беспомощен» («базовые убеждения»). Уважительное исследование «по нисходящей» позволило клиенту осознать цепочку дисфункциональных мыслей и убеждений. Проводилась работа по их реструктуризации: пациенту было предложено представить, какой адаптивный вариант мыслей, действий и чувств мог бы быть задействован в момент усиления тревоги, например: «Я обращаюсь за помощью к коллегам, или обсуждаю проблему с руководством, или анализирую причины недоработки и принимаю меры по добру выружки в следующем месяце» и т. д.

Важно, чтобы в процессе проработки автоматических мыслей пациент не просто ознакомился с ними и учился их выявлять, но и приобретал навыки адаптивной реакции. Для этого пациент учится оценивать автоматические мысли, например, с помощью задаваемых в сократическом диалоге вопросов, предложенных известным когнитивным терапевтом Джудит Бек (2006. С. 137):

1. Каковы доказательства, поддерживающие эту идею? Каковы доказательства, противоречащие этой идее?
2. Существует ли альтернативное объяснение?
3. Что самое плохое может произойти? Смогу ли я пережить это? Что самое лучшее может произойти? Каков самый реалистичный исход?
4. Каковы последствия моей веры в автоматическую мысль? Каковы могут быть последствия изменения моего мышления?
5. Что я должен делать в связи с этим?
6. Что я мог бы посоветовать _____ (другу), который находится в такой же ситуации?

Еще одной задачей КБТ является преодоление мифа о позитивных результатах выпивки, преодоление ожиданий ее позитивного результата и устранение предвосхищающих, ориентированных на

облегчение ожиданий вместе с обесцениванием негативных последствий пьянства (семейных конфликтов, проблем со здоровьем и похмелья). Для этого используется распространенная когнитивная техника «баланс решений», когда пациента просят заполнить таблицу, отражающую решение поддерживать трезвость и решение продолжать выпивать, а также соответствующие графы долгосрочных и краткосрочных негативных и позитивных последствий каждого решения. Выполняя это задание, пациент осознает «груз» ожиданий, мотивирующих его решение принимать алкоголь, ему становится очевиден дисбаланс между немедленным удовлетворением *хоту* и долгосрочными последствиями. Обычно матрица решений заполняется в начале терапии, однако в случае срыва или рецидива заболевания полезно повторить заполнение матрицы, чтобы совместно с пациентом оценить изменения, произошедшие в системе его убеждений в ходе лечения, и таким образом ликвидировать «провал» самооффективности, типичный после срыва. В табл. 8 приведен пример такой матрицы.

Таблица 8

Матрица решений: воздержание от алкоголя или употребление алкоголя (Marlatt G. [et al.], 2002)

	Немедленные последствия		Отдаленные последствия	
	положительные	отрицательные	положительные	отрицательные
Воздержание от алкоголя	Высокая самооценка, семейное одобрение, улучшение здоровья, больше энергии, экономия денег и времени, успехи на работе	Фрустрация и гнев, отказ от радостей выпивки, отказ от посещения баров, гнев из-за неспособности делать то, что хочется, без необходимости «плакать» за это	Способность лучше контролировать жизнь, улучшение здоровья и продолжительности жизни, познание себя и других не под влиянием алкогольной интоксикации, уважение окружающих	Неспособность получить удовольствие от выпивки во время просмотра спортивных телепередач, чувство скуки и депрессии, невозможность поддерживать дружеские отношения с пьющими («запойными») друзьями

	Немедленные последствия		Отдаленные последствия	
	положительные	отрицательные	положительные	отрицательные
Возобновление употребления алкоголя	Автоматическое удовольствие, снижение стресса и тревоги, отсутствие чувства боли или беспокойства о чьих-то проблемах, удовольствие от просмотра спортивных телепередач и компании собутыльников	Ощущение себя слабым из-за потакания желанию выпить, риск несчастных случаев и неловких ситуаций, гнев жены и семьи, опаздывания или пропуск работы, похмелье, финансовые траты	Сохранение друзей-собутыльников, способность выпивать во время просмотра спортивных телепередач; избегание общения с женой и семьей за счет возможности выпивать вне дома	Возможная потеря семьи и работы, ухудшение здоровья и ранняя смерть, потеря непьющих или умственно употребляющих друзей, насмешки окружающих и низкая самооценка

Таблица 9

Баланс решений с рефреймингом (Beck J. [et al.], 2005. P. 486)

Преимущества трезвого образа жизни	Преимущества употребления алкоголя (плюс Новый взгляд)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Улучшается самооценка. 2. Лучше все контролирую. 3. Вовремя прихожу на работу... 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Избегаю отрицательных чувств (НО это избегание временное, и я не решаю своих проблем). 2. Люди со мной общаются (НО это алкоголики, и мне они совсем не нравятся)
Недостатки трезвого образа жизни (плюс Новый взгляд)	Недостатки употребления алкоголя
<ol style="list-style-type: none"> 1. Могу чувствовать скуку и тревогу (НО это лишь временно, и здорово учиться выдерживать тяжелые чувства). 2. Я не знаю, что делать со своим временем (НО на терапии я могу научиться структурировать время) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Чувство депрессии. 2. Трата денег. 3. Вред здоровью. 4. Чувство утраты контроля над собственной жизнью. 5. Трудности решения проблем. 6. Проблемы на работе

Работа с подобной матрицей в методе «поиск безопасности» (Najavits L. M., 2002; Beck J. [et al.], 2005) предполагает, что одновременно с балансом решений проводится рефрейминг открываемых дисфункциональных убеждений, позволяющий усилить мотивацию клиента к лечению (табл. 9). При этом матрица имеет несколько иную форму и клиент вписывает как свои актуальные убеждения, так и переформулированные.

Как правило, противорецидивная терапия проводится с трезвыми пациентами, однако возможно ее применение и с теми, кто продолжает употребление (Marlatt G. A. [et al.], 2002). В этом случае проводится «живой» мониторинг паттернов употребления алкоголя. Пациентов просят ежедневно отслеживать (самомониторинг) ситуации, в которых они употребляют алкоголь, и немедленные последствия. На основании самомониторинга анализируются и соответствующие когнитивные триггеры.

Если пациенты поддерживают трезвость, то их просят проводить ежедневный мониторинг ситуаций риска употребления алкоголя или психологических факторов, которые вызывали влечение к алкоголю.

Следует отметить, что одним из принципов противорецидивной терапии является повышение самоэффективности пациента за счет его активного вовлечения в процесс планирования лечения, создания «карт» рецидива, «кризисных планов» или «карточек совладания», позитивной обратной связи, акцента на достижения и способности избежать рецидива. В отношениях с терапевтом формируется чувство сотрудничества и открытости, когда клиент осознает, что зависимость — это его поведение, а не свойство его личности, не он «сам». В этом смысле противорецидивный подход хорошо отражает взгляды ТА на личность пациента как априори «благополучную» («ОК»), несмотря на то что поведение может не быть «ОК» (Harris T., 1969). Формирование такого отношения и установки внутри терапевтической диады само по себе становится деконтаминацией, поскольку позволяет опровергнуть такие злокачественные убеждения, как «Я ничего не контролирую», «Мне нельзя доверять», «Я не способен принимать решения» и т. д.

Авторы еще одного метода КБТ — «направленное самоизменение» (НС)¹ (Sobell M. B. [et al.], 2005) — описывают этот процесс в терминах когнитивного диссонанса. Выполняя различные когнитив-

¹ Направленное самоизменение (Sobell M. B. [et al.], 2005) — интегративный краткосрочный метод лечения аддиктивных расстройств, обучающий пациентов проводить функциональный анализ проблем, связанных с употреблением ПАВ, и разрабатывать собственные планы по достижению изменений.

ные задания — баланс решений, функциональный анализ употребления, распознавание триггеров рецидива, пациент не просто предоставляет аналитический материал терапевту для диагностики, интерпретации, отражения и выполнения иных терапевтических операций, но и самостоятельно перерабатывает его и осознает факторы, связанные с употреблением алкоголя. Кроме того, отражение результатов и процесса выполнения заданий, а также высокая когнитивная вовлеченность пациента создают в контакте терапевта и пациента ситуацию, когда последний становится способен к переживанию когнитивного диссонанса, или, в терминах мотивационного интервью, происходит «развертывание противоречий». В руководстве по мотивационной психотерапии (Miller W. A. [et al.], 1999) приводится следующий пример возникновения когнитивного диссонанса и работы с ним.

Терапевт отражает одну сторону дилеммы амбивалентного пациента («Итак, Вы видите, что выпивка приводит к возникновению у Вас проблем»), вызывая к жизни вторую сторону клиента («Ну, на самом деле я не думаю, что у меня есть проблемы»). Терапевт демонстрирует клиенту эту амбивалентность, соединяя два утверждения с помощью союза «и» или «но» путем *двойного отражения*: «Вы не думаете, что алкоголь причиняет Вам серьезный вред в данный момент, и в то же время Вы беспокоитесь о том, что позже он может выйти из-под контроля», или «Вам действительно нравится алкоголь и ужасно не хотелось бы бросать пить, и Вы также можете видеть, что алкоголь является причиной серьезных проблем в Вашей семье и на работе» (Р. 18, 19).

Возможно формирование когнитивного диссонанса и с помощью техники парадоксальной интенции, когда терапевт предлагает пациентам, низкомотивированным и демонстрирующим сопротивление¹ изменению, казалось бы, парадоксальный подход к их лечению: «Я слышу, что Вы очень заняты, у Вас слишком много дел накопилось. Вероятно, Вам лучше отложить лечение алкоголизма на пару месяцев, пока Вы не решите главные проблемы». Или «Вы посещаете врача, чтобы бросить пить, уже 3 месяца, но, очевидно, Вы еще не готовы измениться. Может быть, просто не пришло время?» Предполагается, что, столкнувшись с парадоксальной интенцией, то есть получив разрешение пить и не меняться, пациент испытывает когнитивный диссонанс за счет того, что он будет приводить терапевту собственные аргументы в пользу изменения, чтобы оспорить «абсурдное» предложение врача. Применяя эту технику, следует осознавать, что некоторые пациенты, наоборот, будут гото-

¹ Например, в виде психологической игры «Да... но» (Berne E., 1964).

вы принять это специфическое «разрешение» воспользоваться сценарным выходом и прекратить терапию. Обсудив специфические причины, которые мешают пациенту измениться и продолжить лечение, терапевт четко проясняет, что приостановка терапии не означает ее прекращения; при этом оговариваются временные рамки перерыва, способы связи на случай непредвиденных обстоятельств, даты телефонных звонков, когда терапевт попытается выяснить, готов ли пациент продолжить терапию.

Таким образом, феномен когнитивного диссонанса позволяет пациенту осознать противоречия между его реальными убеждениями и поведением и терапевтическими и жизненными целями. Впоследствии когнитивный диссонанс устраняется с помощью изменения поведения.

Кардинальным когнитивно-бихевиоральным методом выхода из контаминации является *отвлечение*, когда фокус внимания пациента смещается с его внутреннего мира на внешнюю среду с целью деинтенсификации внутреннего состояния (тяжелых чувств, воспоминаний, симптомов, мыслей), особенно в ситуациях, опасных в плане рецидива. Для отвлечения пациента просят сконцентрироваться в данный момент или в момент кризиса (в том числе посредством карточек совладания) на окружающих вещах (ландшафте, людях, машинах, мебели, цвете потолка и т. д), беседе с другими людьми (завязать беседу, позвонить другу, пойти на группу АА), просят сменить местонахождение (навестить друга, поехать или пойти в магазин), погрузиться в домашнюю работу или занятия, повышающие самооценку, просят вспомнить и процитировать любимое стихотворение или молитвы, записать их на бумаге, просят использовать активный отдых, требующий сосредоточения внимания (видеоигры, карты, головоломки, кроссворды) (Beck A. T. [et al.], 1993).

Психотерапия, использующая запрет и плацебо-эффект

Запрет — Родительское слово. И все же эффективным запрет становится тогда, когда Родительские фигуры хоть как-то упорядочены, а особенные «злодеи» среди них отошли на задний план. Такое состояние достигается деконтаминацией первого типа. И далее, чтобы донести запрет до послушного адаптированного Ребенка, Взрослый пациент должен быть свободен от актуальных эмоций — гнева или страха, а также должен увидеть в запрете какую-то логику. Простой запрет «Стоп! Не пей!» не относится к ряду долгосрочных вмешательств, поэтому запрет подкрепляется различными основаниями либо ценностного и духовного характера («Вы-

пивка — грех»), либо эмоционального — через запугивание Ребенка («Не пей — умрешь!»).

Однако парадокс алкогольной зависимости заключается еще и в том, что запугивание смертью или тяжелой соматической болезнью не является чем-то непререкаемым для человека, и так сценарно готового преждевременно умереть. Поэтому запрет, даже предметно-опосредованный (через код, программу, укол, воздействие, таблетку и др.), может стать еще одной вехой на пути к неестественной смерти: значительная часть пациентов пренебрегает запретом или манипулятивно использует его, например, для шантажа родственников («Если не прекратишь доставать меня, то выпью на фоне кода и умру!»). Нарушить запрет можно и с «исследовательской» целью («Немного выпил, вдруг ничего не будет!»), о чем часто сообщают зависимые, но только немногие из них прямо говорят, что они выпили на фоне кода, чтобы умереть. Возможно, что между нелетальными попытками нарушить запрет и попытками выпивки на фоне кода, закончившимися смертью, существует такое же соотношение, как между парасуицидами и фатальными суицидами. Понятно, что первых несоизмеримо больше, но при алкогольной зависимости наличие парасуицида является значимым риском последующего фатального суицида. Геннадий Михайлович Энтин в своей статье «Летальные исходы при нарушениях режима трезвости после опосредованной стрессопсихотерапии больных алкоголизмом» (2001) описывает такие случаи психогенной смерти. Автор приводит и соотношение: 9 известных ему фатальных исходов на 10 000 кодирований. Эта цифра приблизительно отражает количество фатальных суицидов в популяции при пересчете на 100 000 смертей, а также отражает гендерное соотношение при фатальных суицидах, где на 8 мужских смертей приходится одна женская суицидальная смерть. Если говорить о количестве зависимых от алкоголя лиц, имеющих сценарную установку на неестественную преждевременную смерть, то, по нашим приблизительным подсчетам, у 45 % от всего числа пациентов эта установка может быть прояснена уже на этапе углубленного анамнестического интервью. Среди пациентов, которые признались в наличии у них суицидальных мыслей и суицидальных попыток в анамнезе, установка на преждевременную смерть диагностируется в 95,6 % случаев (Шустов Д. И., 2005).

Отсюда становится понятным, что психотерапия «смертельным запретом» выпивки всегда носит опасность непоправимой ятрогении и должна предусматривать четкую и простую процедуру «раскодирования» — снятия терапевтического запрета, если пациент употребил алкоголь даже «случайно» или с «исследовательской» целью.

Другими условиями, снижающими ятрогенность аверсивных и запретительных методов терапии алкогольной зависимости, являются (1) прояснение очевидных аспектов смертельного сценария жизни, например, заострение внимания пациента на своеобразной его «предрасположенности» к получению травм, увечий, несчастных случаев, сопряженных с употреблением алкоголя (см. гл. 2 и 6), а также (2) повышение качества самих процедур эмоционально-стрессовой и предметно-опосредованной психотерапии.

Под повышением качества мы понимаем следующее. Любая запретительная процедура должна проводиться не раньше, чем на деконтаминационной стадии психотерапии алкогольной зависимости, когда имеется действующий контракт на лечение (а также, по необходимости, контракты, закрывающие «аварийные люки»), когда в достаточной мере катектировано¹ Взрослое эго-состояние, чтобы поддерживать необходимое количество дней трезвости (от 14 до 30 дней, как в оригинальной методике А. Р. Довженко, от последней, даже символической, выпивки), когда терапевт познакомился с особенностями алкогольного расщепления пациента и имеет представление о его смертельном сценарии (не просит ли он код, чтобы совершить завуалированный суицид?) и о его истории.

Это минимум, который на сегодняшний день необходим для проведения быстрой и эффективной психотерапии алкогольной зависимости. Максимум связан с процессом самого психотерапевта.

На рис. 12 графически представлены два способа запретительной психотерапии. Рис. 12А иллюстрирует простой запрет, когда грандиозный терапевт-волшебник действует исключительно из Родительской позиции, возможно, сравнивая себя с одной из Родительских фигур своего прошлого либо с фигурой Учителя — гуру, последователем которого он является. Понятно, что это в чистом виде «запугивание» и клиент «держится» на страхе, то есть за счет одного внешнего процесса «послушания под страхом наказания» ($P_{\text{терапевта}} \leftrightarrow R_{\text{клиента}}$). Данная методика является оправданной, когда требуется быстрое сдерживание, но нет достаточного ресурса Взрослого эго-состояния, чтобы на него опереться. Возможно, что из-за серьезного личностного повреждения этот ресурс никогда не появится, поэтому этот метод может быть назван методом «отчаяния» по аналогии с хирургической «операцией отчаяния», когда шансов спасти жизнь больного больше, сделав операцию без должного обследования и диагностики, чем выжидать, диагностировать и тщательно готовить хирургическое вмешательство. В своей практике кратковременную действенность подобного подхода мы

¹ Обеспечено энергией.

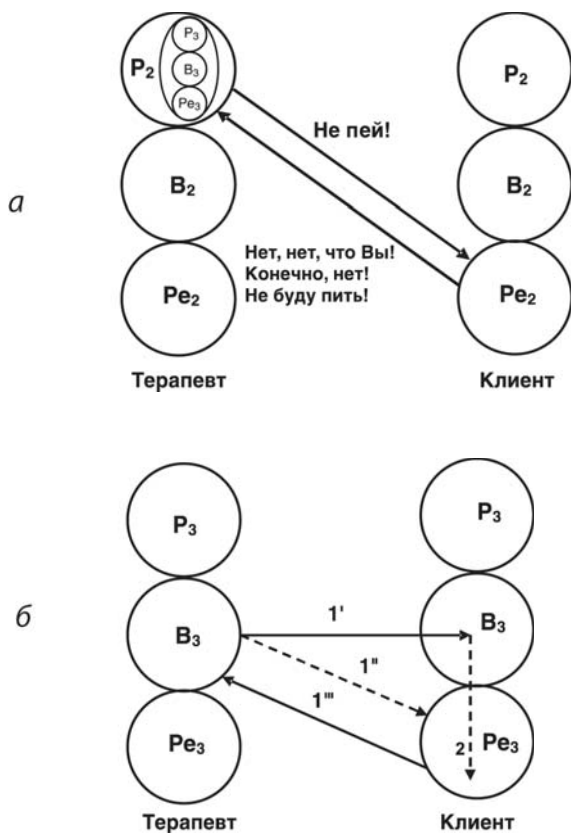


Рис. 12. Два способа запретительной психотерапии:

а — $P_2B_2Pe_2$ — интроецированная фигура в эго-состоянии Родитель терапевта, которая принадлежит либо грандиозному Учителю-гuru («Он передал мне метод. Я его последователь!»), либо кому-то из прошлого терапевта, обладающему властью над ним;

б — 1. Внешний процесс убеждения с использованием угловой трансакции терапевтом:

1' — трансакция на социальном уровне; терапевт: «Я предлагаю Вам этот препарат (метод, процедуру), но он несовместим с приемом спиртного, так как могут быть серьезные осложнения»;

1'' — трансакция на психологическом уровне; терапевт: «Не пей, опасно!»;

1''' — трансакция на социальном уровне; клиент: «Я буду принимать препарат по инструкции и не буду пить спиртное».

2. Внутренний процесс самоубеждения:

В клиента → Ре клиента: «Дело серьезное. Отступить некуда. Решайся!»

наблюдали у коморбидных алкоголиков, у которых истинная алкогольная зависимость сочеталась с антисоциальным личностным расстройством и шизофренией. Именно эти пациенты достоверно чаще прибегали к процедуре кодирования, чем пациенты контрольной группы — зависимые без сочетанной психической патологии (Шустов Д. И. [и др.], 2014).

Рис. 12Б иллюстрирует несколько иную ситуацию, когда терапевт и клиент на уровне своих Взрослых обсуждают технику метода, побочные эффекты и процедуру снятия врачебного запрета, а терапевт учитывает «эффект ожиданий» Ребенка клиента или плацебо-эффект «препарата» или инструментального «воздействия». В этом случае имеется два сдерживающих процесса: внешний ($V_{\text{терапевта}} \leftrightarrow R_{\text{клиента}}$) — убеждение¹ и внутренний — самоубеждение ($V_{\text{клиента}} \leftrightarrow R_{\text{клиента}}$). При данном варианте запрет носит характер косвенной суггестии и подкрепляется аутосуггестией (самозапретом). Обсуждая большую эффективность психотерапии алкогольной зависимости с помощью плацебо-эффекта по сравнению с курсом КБТ, Р. Вайс и соавторы (Weiss R. [et al.], 2008) приходят к выводам, что успех плацебо был предопределен оптимистическими ожиданиями от медикаментозного² лечения (внутреннего процесса. — *Авт.*), фактом самостоятельного приема лекарства в соответствии с рекомендациями опытного врача-клинициста, который одновременно поощрял пациента дополнительно к лечению посещать собрания Анонимных Алкоголиков. Эффект плацебо опосредуется ожиданиями Ребенка и деятельностью Взрослого эго-состояния, что на нейрофизиологическом уровне, согласно Фабрицио Бенедетти (Benedetti F. [et al.], 2011), возможно, если нет грубых нарушений префронтальной коры, как при болезни Альцгеймера (нет эффекта плацебо) или блокаде префронтальной опиоидергической системы налоксоном, который тормозит плацебо-реакции в ростральной части передней поясной коры, периакведуктальном сером веществе³ и ростральном вентромедиальном отделе продолговатого мозга (Eippert F. [et al.], 2009).

¹ Эрик Берн называл это транзакцией соблазнения (Berne E., 1970). Иногда исходящий от терапевта стимул к Ребенку клиента находится на психологическом уровне и транзакция носит характер угловой транзакции с «двойным дном».

² Любой взрослый алкоголик — это бывший ребенок, который с детства не раз убеждался в эффективности именно медикаментозного (или инструментального) лечения.

³ Зона, ответственная в том числе и за поведение привязанности (см. Baars B. J., Gage N. M., 2010).

5.6. Разрешение

Мы завершаем эту главу статьей о разрешении как психотерапевтической технике и философии, поскольку уже в конце этапа деконтаминации, получив новое разрешение от терапевта «Жить трезво», зависимый клиент может сформировать длительную (не меньше года) ремиссию и/или выздоровление первого типа. Психотерапия разрешением позволит клиенту приостановить действие токсических родительских посланий (до того момента активных, содержащихся в интроектах родительских фигур), относительно которых клиент выстраивал свою судьбу так, что алкоголизация и алкогольная зависимость являлись важными составляющими этого выбора.

Разрешение — одно из наиболее эффективных психотерапевтических вмешательств, способствующих изменению в структуре личности. Терапевт «разрешает» пациенту сделать нечто, что противоречит ранее полученным инструкциям и жизненному опыту человека, то есть приглашает использовать либо совершенно новые паттерны поведения, мыслей и чувств, либо ранее не востребованную информацию, кажущуюся непривычной, а потому и опасной. Другими словами, любое изменение, на которое рассчитывают и терапевт, и пациент, подразумевает экстраординарную активность пациента, некий экстремальный эпизод «непослушания» старым Родительским интроектам.

Концепция «дачи разрешения» занимает центральное место и является решающим воздействием в классической терапии трансакционного анализа.

Разрешение необходимо пациенту, чтобы не выполнять соответствующие негативные родительские послания, названные предписаниями, например, «Не живи», «Не вырастай», «Не принадлежи», «Не думай» (гл. 3), и остановить действие сценария — «конвейерного» воспроизводства нерешенных или травматичных эпизодов детства в текущей жизни клиента. Терапевт разрешает клиенту послушаться инструкций его родителей, а это возможно только в том случае, если клиент считает, что терапевт лучше, сильнее и эффективнее, чем его биологические родители (Crossman P., 1966).

«Поскольку пути выражения в поведении пациента определяются голосами в его голове, их можно изменить, вставив в его голову другой голос, голос терапевта. Если это делается под гипнозом, эффект может быть недостаточным, так как это искусственная ситуация. Но если это делается в бодрствующем состоянии, оно может сработать лучше, потому что первоначальные голоса были

записаны в голове пациента также при бодрствовании» (Berne E., 1972. P. 369).

Таким образом, Берн говорит о диалогах внутри головы пациента как о тупиках, и только разрешение делает их ненужными, поскольку разрешение — это лицензия на действие. Берн приводит алгоритм психотерапии разрешением, где первым этапом является деконтаминация Взрослого эго-состояния пациента (нужно «подожать, когда он активизируется»), затем следует заключить союз с ним и изложить свой план лечения, убедившись, что Взрослый пациента с ним согласен. Если все ясно, нужно дать Ребенку разрешение не повиноваться Родителю. Это должно быть сделано четко, простым императивом, без всяких «если», «но» или «и». Затем нужно предложить Ребенку клиента защиту от последствий его отказа подчиняться посланиям биологических Родителей, подтвердив Взрослому, что все в порядке. Основные принципы такой терапии — это сила, разрешение и защита.

«Итак, (1) разрешение означает лицензию на право отказаться от поведения, мешающего Взрослому, или освобождение от „плохого“ поведения. (2) Сила означает силу противодействия. „Если“ и „но“ не несут в себе силы противодействия для Ребенка... (3) Защита означает, что во время этой фазы пациент может позвонить врачу и испытать его силу снова, когда ему это будет нужно. Надежность его защиты проявляется в тембре его голоса не меньше, чем в тех словах, которые он произносит» (Berne E., 1972. P. 375).

Клод Штайнер (Steiner C., 1974) добавляет, что каждый сценарный запрет требует отдельного разрешения, и, как правило, человек нуждается в защите только в течение трех месяцев с момента перехода через Родительский запрет.

Терапия разрешением — своего рода искусство, наиболее впечатляющие примеры которого содержатся в прямых разрешениях Христа¹.

¹ Протоиерей Александр Мень в своей книге «Сын человеческий» (1991) пишет, что не меньше (чем Учение) впечатление производила Его *сила*, побеждающая стихии и недуги. Чудо совершается Христом часто в форме разрешения. Так, Петр взывает к Иисусу: «Господи, если это Ты — *разреши* мне идти к Тебе». «Иди», — просто говорит Иисус. И Петр идет по воде. А. Мень (1991) также пишет о готовности принять разрешение, где «...для Учителя одним из главных условий выздоровления была вера больного, он должен был активно содействовать процессу исцеления. Маловерие препятствует победе над болезнью», о чем свидетельствовала неудачная «практика» Христа в Назарете («Не плотник ли Он, сын Марии, брат Иакова, Иосии, Иуды и Симона? Не здесь ли среди нас Его сестры?»). Нашлись и такие, что предложили Ему совершить какое-либо чудо. Они даже привели больных. Но исцеления

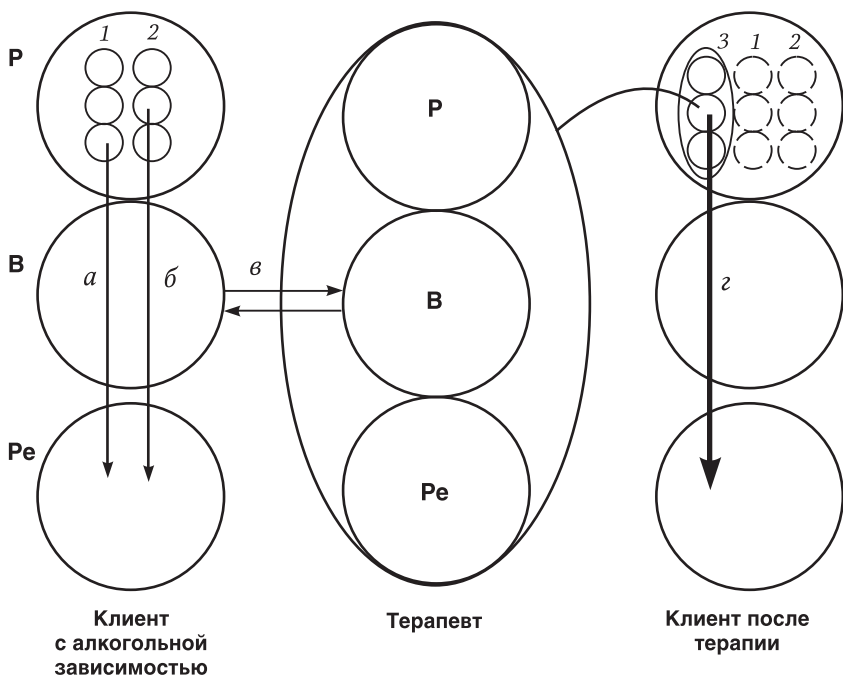


Рис. 13. Графологическая структура психотерапии разрешением:

a — предписание «Не живи»;

б — программа «Выпивай!»;

в — лечебный контракт;

г — разрешение «жить и перестать пить!»;

1 — интроект отца;

2 — интроект матери;

3 — интроект терапевта, помещенный клиентом в свое эго-состояние Родитель, где он (интроект) будет находиться долгое время в активном состоянии («терапевт в кармане»), давать и поддерживать разрешение «жить и перестать пить!»

не произошло. Сила Иисусова натолкнулась на глухую стену неверия. «Нет пророка в своем отечестве», — сказал Он, покидая Назарет (Мень А., 1991). Иисус использовал и опосредование, чтобы усилить изменение. «Иногда при исцелениях Иисус прибегал к внешним действиям: накладывал руки на больное место или мазал его смоченной землей, а потом посылал человека смыть ее» (Мень А., 1991). «Отец мальчика-эпилептика терзался сомнениями, но всеми силами хотел побороть его. „Верую, Господи, — стонал он, — помоги моему неверию!“ И его отчаянный вопль был услышан» (Мень, 1991). «Демоны паразитируют на грехах». Иисус: «Что легче сказать больному — „прощаются тебе грехи“ или „встань, возьми свою постель и ходи?“ Для Иисуса это было одно и то же» (Мень А., 1991). То есть разрешение должно быть увязано с проблемами человека. Нужно знать историю («грехи») пациента. Разрешающие трансакции Христа были просты, понятны и определены.

В ходе эмоционально-стрессовой и опосредованной психотерапии разрешение может быть также дано, о чем будет свидетельствовать изменение поведения в течение длительного времени и поддержание трезвеннического¹ образа жизни (Павлов И. С., Рожнов В. Е., Захарова Н. С., 1984). На рис. 13 представлена графологическая структура психотерапии разрешением.

¹ «Под термином „трезвенник“ в данном случае в рамках алкогольной клиники мы подразумеваем, что больной хроническим алкоголизмом после лечения, массивной психотерапевтической работы изменил свой алкогольный настрой на трезвеннический, внутренне по своей сущности стал трезвенником и ведет трезвеннический образ жизни» (Павлов И. С., Рожнов В. Е., Захарова Н. С., 1984. С. 7).

ГЛАВА 6

ПСИХОТЕРАПИЯ АЛКОГОЛЬНОГО АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

6.1. Распространенность и формы алкогольного аутоагрессивного поведения

Аутоагрессивное поведение (АП) при алкогольной зависимости встречается чаще, чем при других психических расстройствах: до 40 % страдающих алкогольной зависимостью совершают суицидальные попытки, а 7 % умирают от них (Lester D., 2000; Sher L., 2006). Мы обратили внимание также еще и на тот факт, что воспоминания об алкогольной суицидальной попытке вытесняются и вполне добросовестные интервьюированные игнорируют свой прошлый суицидальный опыт даже при нацеленном расспросе. Так, у 10 мужчин из 125 обследованных факт парасуицида был установлен только при беседе с матерью или женой, что составило 25 % всех обнаруженных суицидальных попыток в группе (Меринов А. В., Шустов Д. И., 2010).

Аутоагрессивное поведение, понимаемое как намеренная (осознаваемая или неосознаваемая) активность (иногда пассивность), направленная на лишение себя жизни или деструкцию собственного тела, а также на причинение вреда в различных сферах человеческого функционирования – психологической, социальной и духовной, реализуется через классические и неклассические формы в условиях алкогольной зависимости.

К классическим формам АП при алкогольной зависимости относятся фатальные суициды; парасуициды или суицидальные попытки (импульсивные, депрессивные, манипуляционно-шантажные, психотические); поведение, обусловленное наличием суицидальных мыслей и намерений; самоповреждения; токсические передозировки, в том числе с использованием суррогатов алкоголя. Данные формы в разной степени осознаются как акты намеренного причинения вреда жизни и здоровью. С другой стороны, с алкогольной зависимостью и классическим АП ассоциированы малоосознаваемые как намеренные поведенческие паттерны зависимых от ПАВ лиц, приводящие к получению вреда и неблагополучия в различных сферах человеческого функционирования – семейной, профессиональной, социальной и др. (Шустов Д. И., Валентик Ю. В., 2001; Шустов Д. И., 2005; 2009) (см. гл. 2).

Завершенный алкогольный суицид

Завершенный алкогольный суицид имеет свои специфические особенности, отличающие его от завершенных суицидов в общей популяции. Алкогольный завершенный суицид — это суицид мужчин зрелого трудоспособного возраста (мы установили три возрастных «пика» алкогольного заверщенного суицида, приходящиеся на возраст 25—29 лет — наименьший, 36—39 лет — максимальный и 45—49 лет — средний; в общей популяции — 30—34 года, 55—59 лет, и далее частота суицида увеличивается с возрастом, тогда как у зависимых от алкоголя частота суицидов с возрастом снижается), соматически здоровых (по материалам аутопсий), имеющих максимально уязвимую психологическую¹ (сублиматорную) защитную провитальную сферу. Об этом свидетельствуют статистически значимые данные, показывающие более высокую частоту встречаемости безработицы и неблагополучия в семейной сфере в виде разводов, которые приобретают токсическую в плане заверщенного суицида значимость. Косвенным свидетельством важности семейного фактора и семейной защищенности может служить достоверная тенденция выбора места суицида внутри жилища — своего рода последний «крик о помощи». Способ заверщенного самоубийства зависит от культуральных особенностей и степени доступности огнестрельного оружия. В России это самоповешение (92 % выбирают этот способ среди алкоголиков и 83 % — в общей популяции).

Подчеркнем, что клиника алкогольной болезни накладывает специфический отпечаток на суицидальную аутоагрессию, которая строится и подчас вытекает из биологически детерминированных алкогольных циклов: «запой — ААС — алкогольный психоз». Вместе с тем алкогольный завершенный суицид, даже будучи «ожидаемым» исходя из прошлого поведения будущего самоубийцы, может быть неожиданным для близких и родственников, совершенным в состоянии, казалось бы, далеко от аффективных пертурбаций в ходе вышеобозначенной алкогольной динамики, например в состоянии ремиссии. Таким был суицидальный уход талантливейшего поэта, нашего современника Бориса Рыжего (1974—2001), который повесился на балконе в родительской квартире на фоне трехмесячной терапевтической ремиссии. Вот как описывает событие Юрий Казарин², знавший Бориса при жизни:

¹ Имеется в виду, что большинство суицидов алкоголики совершают по психологическим мотивам, а не по ценностным или соматическим (Шустов Д. И., 2005).

² Сам Казарин считает, что причины смерти поэта — «просто отсутствуют» (Казарин Ю., 2009. С. 160). В своей книге, посвященной сыну поэта Артему,

«...Последний же день Бориса практически ничем не отличался от других. 5 мая 2001 г., по словам Ирины (жены. — *Авт.*), у них, на ул. Куйбышева, была жена А. Верникова Ирина Трубецкая (с которой Борис дружил и с мужем которой, писателем и достаточно скандальной достопримечательностью Екатеринбургa, был в приятельских отношениях). 6 мая Борис был у родителей, где и остался ночевать, потому что 7 мая ему нужно было сходить в больницу. По словам Бориса Петровича и Маргариты Михайловны (отца и матери. — *Авт.*), у Бориса (уже вечером) были гости — три поэта, после их ухода он был несколько раздражен и встревожен.

Так этот вечер вспоминает один из гостей — Дмитрий Теткин, молодой человек и талантливый поэт: часов в пять (17:00) вечера они — Елена Тиновская, Александр Верников и Теткин — пришли к Борису, который гостил у родителей. Вечер прошел спокойно, в разговорах. Дмитрий говорил „об ужасе поэтического существования“ (подлинные слова Д. Теткина): может ли поэт не писать, оставаясь живым, простым и просто человеком? Борис хотел узнать мнение Д. Теткина о стихах и верстке для журнала „Знамя“. Теткин похвалил подборку стихов и сказал что-то об особой музыкальности поэзии Бориса Рыжего. Борис поморщился — такая оценка его явно не удовлетворила. Около восьми вечера (20:00) ушел А. Верников. В комнату Бориса, где они сидели, несколько раз заходила Маргарита Михайловна, обеспокоенная, может быть, состоянием сына. Е. Тиновская и Д. Теткин ушли ровно в 21:00. Борис попрощался с ними дважды — в прихожей и возле лифта, где очень серьезно сказал: „Ну, теперь уж давайте... окончательно — до свидания...“

После этого Борис ушел от родителей домой, на ул. Куйбышева (О. Дозморов позвонил туда после 22:00, и друзья около часа разговаривали, смеялись), затем вернулся на Шейнкмана (после 23:30) и долго говорил с Борисом Петровичем о будущем, о работе, о покупке автомобиля и пр. С Маргаритой Михайловной Борис говорил

написанной осторожным и бережным языком, выверенной и одобренной родственниками Рыжего, он пишет: «Есть люди, которые могут быть только молодыми, — и это, я думаю, не просто капризы природы, но и скрытые, не поддающиеся наблюдению законы генетики и динамики языковой творческой личности, которая в линейном социальном времени длится ровно столько, сколько ей необходимо для того, чтобы ускориться и вырваться в шаровое время бытия» (С. 161). И далее автор приводит стихи Бориса Рыжего: «...И когда бы пленку прокрутили / мы назад, увидела бы ты, / как пылятся на моей могиле / неживые желтые цветы. / Там я умер, но живому слышен / птичий гомон, и горит заря / над кустами алых диких вишен. / Все, что было после, было зря» (С. 161).

в основном о сыне Артеме, о том, какой он тонкий и сложный мальчик, о необходимости большей заботы о нем... Родители Бориса успокоились, осознав, что все самое трудное уже позади. Борис Петрович, который от нервного перенапряжения последних месяцев плохо спал, а вернее — не спал почти совсем, принял снотворное и ушел к себе. Маргарита Михайловна попрощалась с Борисом в промежутке между тремя и четырьмя часами утра, спросив: „Зайти к тебе ночью или утром?“ Борис отозвался: „Да, мама, зайди...“

Маргарита Михайловна проснулась около 8 часов утра. Бориса уже не было»¹.

Ряд оригинальных данных, особенно важных для построения терапевтических схем, касается исследования «психического суицидального статуса»² и получен нами при исследовании предсмертных писем (Шустов Д. И., 2005). Несмотря на многочисленные различия алкогольных и неалкогольных завершенных суицидов, было обнаружено сходство в задействованных на последнем пресуицидальном этапе функциональных личностных структур, что предполагает некую глубинно-динамическую общность суицидальных феноменов вообще. Фактические данные, касающиеся коренного отличия «психического суицидального статуса» лиц, фатально завершивших суицидальную попытку, от только пытавшихся это

¹ Чем больше читаешь этот осторожный, выверенный текст, тем большее напряжение испытываешь, как будто автор, убрав факты, не захотел убрать эмоции. Почему Борис метался между квартирой, где его ждали жена и сын, и квартирой родителей? Почему мать заходила «проверить» Бориса даже в присутствии гостей и позже, вызываясь контролировать его сон? («И когда ты плакала по ночам / Я, ладони в мыслях к твоим плечам / Прижимал, смог наконец понять, / Понял я: ты дочь моя, а не мать» (1999)). Почему отец принял снотворное? И почему родители успокоились, осознав, что самое трудное уже позади? Что они осознали? («Не гляди на меня виновато, / Я сейчас докурю и усну — / Полусгнившую изгородь ада / По-мальчишески перемахну») (стихи прив. по: Казарин Ю., 2009. С. 161, 162).

² Еще называется «пресуицидальным синдромом», который характеризуется нарастающим ситуативным и динамическим сужением психики (так называемым «туннельным видением»), односторонней направленностью восприятия, ассоциаций, рисунка поведения и защитных механизмов, сужением межличностных отношений, мира ценностей и прерыванием всяких эмоциональных связей (*Break-off relations* по: Wolk-Wasserman D., 1986), накоплением агрессии и обращением ее против собственной личности, возникновением навязчивых, неконтролируемых фантазий о самоубийстве, прежде вызываемых активно. В этой связи Эдвин Шнейдман, описавший пресуицидальный синдром, в книге «Душа самоубийцы» (2001) замечал, что одна из первоочередных задач любого добровольного помощника или психотерапевта — «раскрыть ставни, впустив немного света...» (С. 183).

сделать парасуицидентов, указывают на отсутствие у последних стереотипов поведения, отражающих серьезность намерения, и видов деятельности, отвечающих за «успешную» организацию суицидального замысла. Например, предсмертные записки у совершивших летальный суицид отличались высоким процентом представленности псевдоразумного поведения (поведения, обусловленного контаминированным Взрослым), так что «внешняя упорядоченность» — термин, любимый психиатрами, — не должна вводить в заблуждение ни родственников, ни специалистов, наблюдающих за подозрительным суицидоопасным субъектом. Напротив, у парасуицидентов, завершивших суицидальную попытку «неудачно», преобладали манипулятивные, шантажные и конфликтные высказывания, имеющие игровой с точки зрения транзакционного анализа характер. В предсмертных письмах они склонны к внешнеобвинительным тенденциям и шантажным транзакциям. Основным психологическим мотивом алкогольных завершенных суицидов был мотив самонаказания. Поэтому актуальными и для лечения алкогольного аутоагрессивного поведения могут оказаться психотерапевтические методики, ориентированные на самопрощение (Webb J. R. [et al.], 2015).

Данные о влиянии алкогольного опьянения на «психический суицидальный статус» могут быть расценены неоднозначно: падение активности Взрослого эго-состояния, отвечающего за «успешность» реализации попытки, может быть воспринято как имеющее некое позитивное превентивное значение, что не совсем согласуется с общеизвестными представлениями, полученными в основном на материале изучения парасуицидального поведения. Опьянение вносит в психику суицидента особенный игровой мотив, сближая его «психический суицидальный статус» с соответствующим состоянием парасуицидента.

Клинические типы алкогольных парасуицидов

С суицидологической точки зрения мы проанализировали 49 парасуицидов 37 зависимых от алкоголя лиц. По способу совершения суицида больные распределились следующим образом: самопорез — 22 случая (44,9 %), самоповешение — 14 случаев (28,6 %), 9 случаев падения с высоты (18,4 %), отравления (угарным газом, фармакопрепаратами, спиртом) — 4 случая (8,1 %).

Клинически все парасуициды могли быть разделены на группы: 1) импульсивные, 2) депрессивные, 3) манипуляционно-шантажные, 4) психотические.

Импульсивные парасуициды. При импульсивных парасуицидах попытка заранее не планировалась и не обдумывалась, совер-

шалась без четко осознанного намерения лишить себя жизни. Попытки совершались в состоянии аффекта, во время конфликта с родственниками (33 %). Часть попыток больными либо никак не объяснялась (12 %), либо объяснялась «непсихогенными» причинами (55 %) («захотелось вдруг болевых ощущений», или «чтобы кровь пошла и стало легче», или «дурью маялся», «ради смеха»). В состоянии опьянения был совершен 91 % попыток. Самым частым способом совершения суицида в этой группе был самопорез (75 %), затем падение с высоты (15 %), отравление угарным газом (5 %) и повешение (5 %). Отметим, что у больных, совершавших парасуициды неоднократно, встречался один и тот же способ парасуицида. Среди психологических смыслов суицидальных попыток преобладал протест (45 %), реже отмечено самонаказание (35 %), избегание страдания (15 %) и парасуицидальная пауза (5 %); у больных, совершавших парасуициды неоднократно, мог быть разный смысл совершения каждой последующей попытки.

Депрессивные парасуициды. Парасуициды отмечались на фоне ярко выраженной депрессии, сопровождающейся аффектами тоски и тревоги. Наиболее часто суицидогенная депрессия встречалась в конце запоя, на фоне алкогольного абстинентного синдрома (ААС). Данная группа парасуицидов характеризовалась более длительным временным интервалом между возникновением намерения лишить себя жизни и его реализацией. Причины и мотивы суицидальной активности были более психологически понятны, основательны и лежали во внутрисемейной плоскости. Каждому парасуициду предшествовали значимые для личности суицидента конфликты. На фоне опьянения было совершено 53 % попыток, причем алкоголь играл не стимулирующую, а скорее разрешающую, облегчающую реализацию намерения роль. На фоне ААС было совершено 47 % попыток. Среди способов парасуицида доминировало самоповешение (62,5 %), гораздо реже отмечались самопорез (12,5 %), падение с высоты (12,5 %), отравление таблетками (6,25 %) и этиловым спиртом (6,25 %). Психологические смыслы парасуицидов распределились следующим образом: отказ (31,25 %), протест (18,75 %), самонаказание (12,5 %), избегание страдания и призыв (по 6,25 %). Один парасуицид мог иметь несколько психологических смыслов («протест и самонаказание» или «отказ и самонаказание»).

Манипуляционно-шантажные парасуициды характеризовались осознанностью, отсутствием намерения лишить себя жизни, расчетливостью. В определенной степени пациенты расценивали свои действия не как суицидальные, а скорее как намеренные самоповреждения. От самоповреждений эти действия отличались

интенсивностью применения способа, желанием выдать эти действия за суицид, наличием психологически понятной «веской» причины, разрешение которой, с их точки зрения, было возможным только в условиях шантажа смертью. 50 % этих действий совершались в состоянии опьянения и 50 % в трезвом состоянии (не в состоянии ААС). В 67 % случаев использовался самопорез и в 33 % — самоповешение. Психологический смысл в 50 % был расценен как призыв, в 33 % — как чисто манипуляционно-рентный, в 17 % — как избегание страдания. Отметим, что лица, совершившие попытку самоповешения с демонстративными целями, в дальнейшем не прибегали к повторным попыткам.

Психотические парасуициды совершались в состоянии психоза. Наиболее частым способом было падение с высоты (57 %), затем повешение, самопорез и отравление (по 14,3 % соответственно). Существует мнение, что психотические суициды не являются суицидами в строгом смысле этого слова, поскольку отсутствует ясность сознания, а поведение, детерминируемое галлюцинаторными образами и неадекватным аффектом, во многом случайно и не подразумевает желания расстаться с жизнью.

Представляется, что психотические суициды вообще, возможно, не являются однородной группой, о чем свидетельствует, казалось бы, парадоксальный выбор способа суицида: при завершённых суицидах у психотиков, больных алкоголизмом, не встречался «естественный» для непреднамеренного, «случайного» хода событий способ падения с высоты, тогда как у психотиков-парасуицидентов он был основным. В то же время, как будет показано ниже, у других пациентов, находящихся в состоянии острого алкогольного психоза и переживающих эпизоды мнимого преследования, направленность поведения может быть противоположной вышеописанной, отражая, например, пассивно-оборонительные внутриличностные тенденции.

Случаи падения с высоты, как, впрочем, и трагические случаи на воде, не редкость у больных алкоголизмом. В обыденном сознании они связываются с последствиями прямого токсического действия алкоголя и снижением критики вместе со снижением чувства опасности. Если падение с высоты заканчивается летально, особенно при отсутствии свидетелей и предсмертной записки, то это относят к несчастным случаям. И все же тщательное изучение трагического события либо в рамках психологической аутопсии, либо при клиническом исследовании оставшегося в живых после падения пациента может обнаружить аутоагрессивные причины алкогольного «полета». Нижеприведенный пример может служить тому подтверждением.

Наблюдение 26

Пациент Г., механик-высотник, 23 февраля пришел на прием по поводу амбулаторного лечения алкогольной зависимости. Из анамнеза стало известно, что 23 февраля его мать, 57 лет, страдавшая инволюционной депрессией, покончила жизнь самоубийством, выбросившись с балкона. Так как умерла она не сразу, то стало известно, что триггером суицида стало ее желание «освободить» сына: освободить ему квартиру и сделать его второй брак более счастливым, тем неудавшийся первый. Спустя несколько лет, также 23 февраля, Г., будучи в состоянии алкогольного опьянения, случайно упал с того же самого балкона и сломал позвоночник. Сопоставление этих фактов поразило воображение Г., который упорно твердил, что все было так же, как и при суициде матери, с той лишь разницей, что она упала преднамеренно, а он — случайно. Чуть позже Г. признался, что с момента гибели матери его постоянно преследует чувство вины, поскольку он «косвенно причастен к ее смерти». Интересно, что 23 февраля родилась его вторая дочь.

Следующее Наблюдение, сделанное с позиций сценарного анализа, может в определенном смысле иллюстрировать и сценарный выбор подобного способа смерти.

Наблюдение 27

Пациент Ж. родился от нежеланной беременности раньше срока, поскольку преждевременные роды были спровоцированы падением матери. В состоянии похмельного синдрома на фоне депрессии постоянно отмегает суицидальные мысли. Несколько раз пытался выброститься с балкона, останавливаясь в самый последний момент. При психологическом исследовании представлений о способе собственной смерти отмегается убежденность пациента в смерти от падения с высоты, более того, в качестве посмертной эпитафии на памятнике Ж. предложил следующую фразу: «Говорила тебе мать: не прыгай в колодец!»

Таким образом, парасуицидальное поведение зависимых от алкоголя имеет свои особенности по сравнению с группой завершённых суицидов. К этим особенностям относится широкое разнообразие клинических типов АП, разнообразие способов аутоагрессии. На первое место выходит не самоповешение, относящееся к наиболее рискованным способам АП, а самопорез, дающий наименьший процент фатальности и большую степень свободы для сознательного регулирования ситуации. Обращает на себя внимание и наличие более широкого диапазона психологических смыслов, вкладываемых в попытку самоубийства, когда самонаказание как

наиболее характерная черта фатального суицида уступает место другим мотивам, характеризующим диалогичность парасуицида.

В гл. 2 при описании особенностей алкогольной личности мы останавливались на характеристиках двух психологических типов суицидов: «убийстве Преследующего интроекта», характеризующемся диалогичностью, и «само-убийстве» вследствие недостатка хороших объектов и интроектов, характеризующемся монологичностью. Психологическая классификация в большей степени, чем клиническая, открывает дорогу психотерапевтическому вмешательству. Идеи относительно ограничения разрушительной деятельности интроектов внутри психики алкогольного суицидента становятся все более популярными и доступными для репарентинга, саморепарентинга (James M., Goulding M., 1998), терапии самопрощением (Webb J. R. [et al.], 2015) и терапии «голосов» (Firestone R., 1988; 1997).

Несуицидальные самоповреждения

Несуицидальные самоповреждения до недавнего времени рассматривались исключительно как следствие импульсивного поведения в интоксикации, а также как отыгрывания болезненных эмоций пациентами молодого возраста с пограничными личностными чертами. В наших исследованиях зависимые пациенты, которые хотя бы однократно сознательно наносили сами себе телесные повреждения без цели умереть, достоверно чаще испытывали комплекс неполноценности в отношении собственного тела или собственных умственных способностей. Зависимые пациенты, имеющие самоповреждения, достоверно чаще совершали суицидальные попытки, чем зависимые, которые не наносили себе самоповреждений. Отметим также, что на фоне средней тяжести алкогольной интоксикации нанесение, например, пореза на предплечье иногда трудно отличить от парасуицида.

В настоящее время несуйцидальные самоповреждения у молодых людей выделены в отдельную группу психических расстройств¹

¹ DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

А. Наличие за последний год более 5 случаев преднамеренного нанесения самоповреждений на поверхность тела, вызывающих кровотечение, образование гематомы или боль (например, порезов, сдавливаний, уколов, ударов, ссадин), с причинением легкого или среднего физического ущерба (то есть без цели суицида). *Примечание:* отсутствие суицидальных намерений устанавливается как со слов пациента, так и при оценке его осознанных выученных паттернов поведения, не приводящего к смерти.

В. Совершение актов самоповреждения со следующими намерениями: 1. Облегчение негативных эмоций или когнитивных состояний. 2. Снятие межличностного напряжения. 3. Стимуляция положительных ощущений. *При-*

(Plener P. L. [et al.], 2012). Отмечено также, что структура поведенческого акта при этом расстройстве имеет все черты сходства с зависимым поведением (Elster J., 1999). В силу этого многие терапевтические подходы ориентированы на обучение навыкам самопомощи в когнитивно-бихевиоральных традициях. Так, аутоагрессантам предлагают развивать сочувствие к себе без отыгрывания негативных чувств, предшествующих самоповреждению. Чувства, которые отыгрываются через самоповреждение: обида, боль, печаль, гнев — могут быть выражены и в альтернативном ключе, например, в виде рисунка, танца, могут быть вербализованы, названы именами каких-либо персонажей. Также могут применяться техники отвлечения: при потребности повреждения предлагают туго бинтовать запястье или предплечье, при этом болевые ощущения выполняют необходимую функцию «успокоения», но не будут повреждающими, как расцарапывание, порез или ожог. Можно взять в руку кубики льда, делать заметки или писать на руке или других частях тела слова или пометки, которые обозначают актуальные чувства. При появлении влечения к самоповреждению можно написать себе текстовое сообщение (СМС), напоминающее о необходимости заботиться о себе, сочувствовать себе, попытаться понять себя, но не обвинять за свои чувства и импульсы. Последняя техника эффективна при

мегание: пациент получает желаемую выгоду в процессе самоповреждений или сразу после них и может усваивать паттерны поведения, предполагающие зависимость от постоянного их повторения.

С. Преднамеренные самоповреждения связаны с хотя бы одним из следующих условий: 1. Межличностные разногласия, негативные чувства или мысли, такие как депрессия, тревога, напряжение, гнев, генерализованный дистресс или самообвинение, немедленно вызывающие акт самоповреждения. 2. Перед совершением акта самоповреждения наблюдается трудноконтролируемое беспокойное поведение. 3. Часто появляющиеся мысли о самоповреждении при отсутствии факта его совершения.

Д. Социально неприемлемое поведение (например, пирсинг, татуировки, совершение религиозных актов), не связанное с расчесыванием или обкусыванием ногтей.

Е. Преднамеренные самоповреждения или их последствия вызывают клинически значимый дистресс или конфликты в межличностной, образовательной и других важных сферах жизни.

Ф. Преднамеренные самоповреждения наблюдаются не только во время психотических эпизодов, делирия, острой интоксикации или опьянения. У лиц с задержкой психического развития самоповреждения не являются частью повторяющихся стереотипий. Самоповреждения не объясняются другим психическим расстройством или состоянием, например, психотическим расстройством, расстройством аутистического спектра, умственной отсталостью, синдромом Леша-Найхана, стереотипным двигательным расстройством с самоповреждениями, трихотилломанией, эксфолиацией.

дефиците общения и невозможности обсудить свои чувства с кем-либо (другом или терапевтом) в момент нарастания потребности в повреждении: полученная СМС, имитируя внешнее общение, поможет пациенту воссоединиться с собой и окружающим миром. Минимизация ущерба достигается и за счет произвольного уменьшения числа, глубины, длины, интенсивности порезов, ожогов и царапин.

6.2. Неспецифические мишени психотерапии алкогольного аутоагрессивного поведения

Психотерапия АП при злоупотреблениях ПАВ прежде всего учитывает 4 следующих фактора:

1. Продолжающееся употребление алкоголя.

Продолжающееся употребление алкоголя и других ПАВ повышает суицидальный риск и делает невозможными терапевтические интервенции, поэтому любое провитальное психотерапевтическое вмешательство, имеющее целью предотвратить суицид или препятствовать проявлениям других форм аутодеструкции, уже на начальном этапе предусматривает действия, приглашающие зависимых отказаться от употребления ПАВ и пройти дезинтоксикацию.

2. Наличие депрессии.

Наличие сочетающегося с АЗ большого депрессивного расстройства (Conner K. R., 2003), или постинтоксикационной депрессии, или депрессии в рамках ПТСР, или депрессии, связанной с сепарацией и ощущением брошенности, провоцирует чувство безнадежности, возникающее на фоне депрессии, и является основной суицидогенной эмоцией или фоном для совершения суицидальной попытки. Суицидальный риск при АЗ в сочетании с большой депрессией превышает суицидальный риск при депрессии и при АЗ по отдельности (American Psychiatric Association, 2003). Поэтому любая провитальная психотерапия предусматривает купирование депрессивных расстройств и повышение персональных навыков управления аффектом.

3. Коморбидные личностные расстройства.

При пограничном личностном расстройстве¹ 60–70 % пациентов совершают суицидальные попытки, причем от 8 до 10 % завершают их фатально, что намного выше, чем в общей популяции (Oldham J. M., 2006). Пограничные личностные расстройства, сочетаясь с употреблением ПАВ, повышает и без того высокий суи-

¹ Наиболее суицидоопасными являются аффективный и импульсивный типы, чуть менее – агрессивный, зависимый и опустошенный (*empty*) типы пограничного личностного расстройства (Oldham J. M., 2006).

цидальный риск, существующий при этих расстройствах (Rossow I., Lauritzen G., 1999). В проекте MATCH (Conner K. R., 2003) было отмечено сочетание суицидального риска с диссоциальным личностным расстройством у мужчин. Отмечают также и особенно высокий риск фатального суицида при сочетании пограничного личностного расстройства с антисоциальным (Soloff P. H. [et al.], 2005). Нарушения в системе привязанности, негативный детский травматический опыт и импульсивные отыгрышания эмоций боли, страха, гнева через деструктивные поведенческие акты приводят к большому числу внезапных, неожиданных фатальных суицидов или серьезных суицидальных попыток. Поэтому техники создания вторичной безопасной привязанности в результате особого рода контакта и построения терапевтического альянса, препятствующего отыгрышаниям эмоций вовне, а также работа, приглашающая перенос для повторного эмоционального проживания детских потерь и травм в поддерживающем окружении, составляют значительную часть антисуицидальных терапевтических технологий.

4. Аддиктивное расщепление личности.

Наличие аддиктивного расщепления личности, например, на алкогольное и нормативное «Я» (Валентик Ю. В., 2000), как следствие прогрессирования аддиктивного процесса (Nakken C., 1996), посттравматической диссоциации (Najavits L., 2002) и интроекции преследующих и критикующих родительских паттернов, преобразованных психикой зависимых в суицидогенное «Анти-Я» (Firestone R., 1986; Firestone L., 2006), учитывается при построении терапевтического альянса, контрактировании, выработке у пациента навыков узнавания проявлений аддиктивной (аутодеструктивной) субличности и противостоянии ей. Различные подходы применяют различные техники, призванные интегрировать «Я», нивелировать патологические диалоги между субличностями и деструктивные мысли, стимулируя провитальное поведение интегрированного «Я» и самопрощение (Scherer M. [et al.], 2011).

6.3. Оценка суицидального риска при алкогольной зависимости и решения в пользу стационарной или амбулаторной психотерапии

Наиболее достоверным критерием риска завершеного суицида у пациентов с АЗ является суицидальная попытка в прошлом и мужской пол, хотя имеются данные, что у таких пациентов часто первая попытка может стать фатальной. Джордж Мерфи (Murphy G. E., 1992) в качестве предикторов возможной суицидальной попытки указывает на текущее тяжелое употребление алкоголя, большое

депрессивное расстройство, отсутствие социальной поддержки, отсутствие работы, проживание в одиночестве, суицидальные мысли или коммуникации, серьезное соматическое заболевание¹. Вместе с тем отмечают, что все пациенты, имеющие АЗ, попадают в зону риска АП, поэтому выявление суицидальных тенденций возможно в полуструктурированном интервью, имеющем психотерапевтический потенциал (Шустов Д. И., Меринов А. В., Валентик Ю. В., 2000; CASE² Approach, разработанный Шоном Ши (Shea S., 1998; 1999)). В интервью прямо спрашивают о суицидальных намерениях, подобном прошлом опыте, оценивая возможности пациента совершить аутоагрессивный акт в настоящем или недалеком будущем. На этапе интервью психотерапевт принимает важное решение: либо рекомендовать, а в исключительных случаях инициировать стационарное лечение, в том числе и недобровольное, либо обсудить с клиентом план амбулаторного лечения, основываясь на оценке наличествую-

¹ SAD PERSONS — распространенный скрининг-тест: S — пол, мужчины в 8–10 раз чаще убивают себя, а женщины чаще совершают суицидальные попытки; A — возраст от 15–24 до 45 лет и старше; D — депрессия; P — предыдущие попытки суицида; E — этанол является фактором риска суицида; R — повреждения рационального мышления в результате психических расстройств; S — слабая социальная поддержка; O — наличие плана суицида; N — отсутствие супруга или партнера, одиночество; S — хронические соматические заболевания (Patterson G. R. [et al.], 1983. *Цит. по:* Monk L., Samra J., 2005).

² Подход CASE (Chronological Assessment of Suicide Events — Хронологическая оценка суицидальных событий) включает специфические техники расспроса, повышающие достоверность получаемой информации: 1) расспрос об эпизодах поведения; 2) осторожные допущения и 3) отрицание конкретного. При первой технике предлагается избегать разговоров об оценках и мнении пациента о событиях, расспрашивая о фактах, воссоздавая реальное событие эпизод за эпизодом. Например: «Когда вы сказали, что вы сильно их оскорбили, что конкретно вы подразумевали?» Использование осторожных допущений приветствуется в том случае, когда терапевт подозревает, что клиент колеблется и не говорит о каком-то поведении. Терапевт допускает, что имеет место поведение, которого пациент может стесняться, и соответствующим образом задает вопрос (например, «Какие еще возможности самоубийства Вы обдумывали?»), а не «Вы думаете о других способах самоубийства?»; «Какие нелегальные наркотики Вам нравится потреблять?», а не «Потребляете ли Вы уличные наркотики?». Отрицание конкретного подразумевает использование специфических вопросов «Думали ли Вы о передозировке?» или «Думали ли Вы о том, чтобы застрелиться?» после отказа клиента отвечать на общий вопрос «Думали ли Вы о самоубийстве?». Данная техника основана на признании двух фактов: во-первых, что специфические вопросы могут запускать воспоминания клиента и во-вторых, что от ответа на специфический вопрос сложнее отказаться, чем от ответа на общий вопрос (Monk L., Samra J., 2005. P. 32, 33).

ющих у пациента протективных факторов. К последним относятся возможность и доступность психиатрической, наркологической, соматической помощи вообще; легкая доступность поддерживающих интервенций в случае внезапно возникающей потребности в них; наличие сильной семейной связи и социальной поддержки; наличие навыков решения проблем и разрешения конфликтов; наличие культурных и религиозных убеждений о неприемлемости суицида и о необходимости поддерживать самосохранение (Sher L., 2006).

Оценка риска повторного совершения суицида проводится и в условиях реанимационного отделения кризисного стационара, поскольку необходимо решение о переводе суицидента или в психиатрический стационар, или в отделение соматического профиля (в зависимости от соматических осложнений после парасуицида), или на амбулаторное наблюдение и лечение. Необходимо ориентироваться на клинику постсуицидального периода. При критическом и отчасти манипулятивном типе постсуицида риск повторной попытки значительно меньше, чем при суицидально-фиксированном и аналитическом. Если суицид не носил психотического характера и остается высокий суицидальный риск, пациенты могут быть пролечены и в амбулаторных условиях, но при этом родственники (или другие заинтересованные лица) должны обеспечить поддержку «один на один» и наблюдение в течение 24 часов в сутки в помогающем и безопасном окружении. Если риск высок, но госпитализации в стационар не требуется, то амбулаторное лечение, то есть частота визитов к психотерапевту, оговоренные телефонные или скайп-сессии, посещение других индивидуальных или групповых сессий в сообществе АА, должно строиться с учетом динамики суицидального риска. В любом случае следующим этапом помощи будет кризисное вмешательство.

Если аутоагрессивный акт был своевременно предотвращен или своевременно были минимизированы его последствия, то психотерапевт и родственники, оценив риск и свои возможности для обеспечения наблюдения и безопасного (например, исключая доступ к оружию, лекарствам, средствам бытовой химии) окружения, а также возможности для кратковременного интенсивного кризисного вмешательства, параллельно разрабатывают вместе с пациентом план безопасности (*Safety Plan*). План безопасности является своего рода памяткой для пациента (копии плана имеются у врача, родственников и друзей) в случае наступления нового кризиса или появления вызывающих боль, непереносимых эмоций в результате терапии. В плане перечислены формы деятельности, которые могут успокоить пациента (1); перечислены причины, которые послужили основой для решения пациента жить (2); телефон и имя друга или

члена семьи (3); телефоны и имена других людей, если первые были недоступны (4); телефон и имя психотерапевта, психиатра или консультанта (5); телефон доверия (6); место, где пациент будет в безопасности (7); совет обратиться и адрес центра неотложной помощи или ближайшего стационара (8); рекомендация и номера телефонов экстренных служб помощи (МЧС), которые могут безопасным образом доставить в центр медицинской неотложной помощи (9). Адаптированный для российских условий план безопасности приведен ниже.

ПЛАН БЕЗОПАСНОСТИ

Если у вас появились мысли причинить вред своей жизни, начните с первого шага. Идите по шагам до тех пор, пока не будете в безопасности. Помните: мысли о самоубийстве могут быть очень сильными. Но они не постоянны. С течением времени и при поддержке окружающих они исчезают. Когда они уйдут, у вас появится энергия исправить многие вещи, которые привели вас к кризису. Безнадёжность, которую вы, может быть, чувствуете сейчас, также не носит постоянного характера. Важно обратиться за помощью и поддержкой. И вы сможете пройти через этот трудный период. При наличии мыслей о самоубийстве трудно об остальном мыслить четко и ясно, поэтому заполните и положите этот листок с планом в легкодоступное место около кровати или телефона:

1. Укажите виды деятельности, которые обычно успокаивают вас:
2. Напомните себе причины, ради которых вам стоит жить:
3. Позвоните другу или члену семьи:
Имя: _____ Телефон: _____
4. Позвоните другим людям, если у близких телефоны недоступны:
Имя: _____ Телефон: _____
5. Позвоните специалисту, которому вы доверяете (психологу, психиатру, консультанту):
Имя: _____ Телефон: _____
6. Позвоните по телефону доверия:
Телефон: _____
7. Посетите место, где вы будете в безопасности:
8. Позвоните в скорую помощь:
Телефон: _____
9. Идите в приемный покой ближайшей больницы:
Адрес: _____
10. Если вы чувствуете, что не будете в безопасности по дороге в больницу, позвоните в скорую помощь, МЧС и попросите доставить вас в больницу

(Адаптация плана, приведенного Monk L., Samra J., 2005)

6.4. Кризисное вмешательство и антисуицидальный контракт

Кризисное вмешательство означает набор психотерапевтических техник и организационных решений для обеспечения безопасности и сохранения жизни пациента до тех пор, пока кризисная ситуация не разрешится и не восстановится ситуация, которая предшествовала кризису. Выделяют (Maris R. W. [et al.], 2000) следующую последовательность этапов кризисного вмешательства: ограничение доступа к возможным средствам совершения суицида; уменьшение изоляции и одиночества парасуицидента путем стимулирования различных видов деятельности под постоянным наблюдением ухаживающих лиц; снижение тревоги, ажитации и бессонницы путем назначения препаратов и/или тренинга релаксации; повышение доступности для контактов через телефонную связь или частоту посещений; установление сотрудничающих терапевтических отношений, направленных на решение проблем и усовершенствование навыков пациента для решения проблем; высвобождение пациента из токсического стрессового окружения, например, с помощью госпитализации; системные интервенции, направленные на переключение с существующей, например семейной, динамики; обсуждение безопасных решений при появлении непредвиденных обстоятельств.

В Российском суицидологическом центре, который работал многие годы под руководством Айны Григорьевны Амбрумовой, методы кризисной терапии слагались из: 1) кризисной поддержки (это установление терапевтического контакта, раскрытие суицидоопасных переживаний, мобилизация личностной защиты, заключение терапевтического договора); 2) кризисного вмешательства (рассмотрения неопробованных способов решения кризисной проблемы, выявления блокирующих оптимальные способы разрешения кризиса неадаптивных установок, коррекции неадаптивных установок, активизации терапевтической установки); 3) повышения уровня адаптации (тренинга неопробованных способов адаптации, выработки навыков самоконтроля и самокоррекции в отношении неадаптивных установок, введения новых значимых других для поддержки и помощи в продолжении тренинга навыков адаптации после окончания лечения) (Старшенбаум Г. В., Амбрумова А. Г., 1987).

Антисуицидальный контракт, или договор терапевта и пациента о «не-самоубийстве», был предложен в 1973 г. в рамках контрактного метода в транзакционном анализе (Drye R. C. [et al.], 1973). Будучи частью транзакционно-аналитической технологии, этот метод хорошо зарекомендовал себя, но, получив самое широкое распространение в качестве формально «быстрого» метода профи-

лактики суицида, потерял процессуальную основу, вызывая противоречивые отклики (Maris R. W. [et al.], 2000; Monk L., Samra J., 2005). Одно из возражений состоит в том, что пациент может использовать договор, чтобы маскировать актуальные суицидальные намерения, предполагая, что персонал утратит бдительность. Например, применительно к алкогольному расщеплению психики договор может быть заключен с алкогольным, а не нормативным «Я», однако не формальная, а глубокая терапевтическая работа по заключению договора позволит исключить такую возможность. Другое возражение — что пациент может «просто согласиться» подписать его «под давлением» персонала. В этом случае правильнее называть подписанный сторонами документ не «договором», а «временным соглашением», которое на фоне возрастающих рациональных возможностей пациента может быть пересмотрено на равноправных, сотрудничающих (не патерналистских!) условиях.

Если договор заключается между персоналом отделения и пациентом, то персонал обязуется обеспечить безопасное поддерживающее окружение, а пациент — не совершать суицид и информировать персонал, если все же суицидальный позыв будет нестерпимым (Maris R. W. [et al.], 2000).

6.5. Аутоагрессия в алкогольных семьях: клинический и терапевтический подходы

Многие рассматривают алкогольную семью как само по себе аутоагрессивное образование. Можно говорить о «чисто» алкогольных семьях, где оба супруга страдают от алкогольной зависимости, а также о зависимо-созависимых семьях, где зависимый от алкоголя муж (или жена) проживают с созависимым супругом.

Классические концепции созависимого поведения рассматривают страдания жен и других членов алкогольной семьи как своего рода реактивное образование в ответ на алкоголизацию мужа. Помимо нарастания конфликтности и тревожности, психосоматической патологии, нестабильности семейных, сексуальных, экономических отношений, воспитания потомства в условиях двойной морали с передачей многочисленных патологических «скрытых сообщений», обращает на себя внимание нередко сопутствующий или параллельный алкогольный выбор самой супруги. Так, наличие признаков алкогольной зависимости обнаруживается у 13 % женщин в этих семьях. В наших работах (Меринов А. В., Шустов Д. И., 2005; Меринов А. В., Шустов Д. И., 2012), посвященных изучению семейной аутоагрессивности, была продемонстрирована парадоксальная устойчивость брачных отношений в алкогольных семьях, даже несмотря

на то, что 16 % женщин в этих браках совершали хотя бы одну суицидальную попытку, а 45 % из них имели серьезные суицидальные намерения. Глория Норьега Гайол (Noriega Gayol G., 2004) на большой выборке созависимых мексиканских женщин показала, что феномен созависимости, ранее рассматриваемый как эндогенный (наличие в роду созависимых женщин-алкоголиков — отца или деда) или экзогенный (описанный выше реактивный), имеет сценарный характер, основанный на передающемся из поколения в поколение способе игнорирования собственных потребностей и на пассивности. Норьега определяет созависимость как расстройство отношений, характеризующееся сильной зависимостью от проблемного партнера, проявляющейся в эмоциональной неудовлетворенности и в личном страдании, когда женщина концентрирует свое внимание на заботе о потребностях своего партнера и других людей и одновременно обесценивает собственные. Созависимость связана с механизмом отрицания, неполным формированием идентичности, подавлением эмоций и спасательской установкой в отношении других. Женщины с созависимостью отличались ранней эмоциональной утратой (в том числе смертью, пренебрежением, расставанием или разводом, отказом родителей от ребенка и/или хроническим заболеванием члена семьи до того, как девочке исполнилось 12 лет); наличием домашнего насилия в семье происхождения (физическим, сексуальным или эмоциональным); семейной историей алкоголизма.

Развивая нашу идею созависимого сценария жизни с позиций семейного аутоагрессивного поведения, Алексей Владимирович Меринов (2012) установил, что мужья, которые отличались высоким риском суицидального поведения и худшими наркологическими и терапевтическими характеристиками, имели жен с таким же высоким суицидальным риском. Причем обнаруженные суицидологические характеристики у супругов начинают формироваться еще в родительских семьях, то есть до вступления в брачные отношения. В семьях пьющих мужчин создаются условия для специфического алкогольного проявления этих предсупружеских характеристик, трансляции их потомству, что в целом обеспечивает исключительность и воспроизводимость подобной брачной модели. Детей — и мальчиков, и девочек — в семьях, где один или оба родителя страдали алкогольной зависимостью, по сравнению со сверстниками, воспитывающимися в нормальных семьях, отличают высокие показатели аутоагрессивной активности и представленность факторов суицидального риска. С учетом аутоагрессивной концепции и концепции «проницаемости семейных границ» были описаны различные модели алкогольных браков, что позволило впервые пролить

свет на суицидогенную сущность развода. Так, на выборке из 125 семейных пар и 32 разведенных пар было установлено, что развод сам по себе и состояние разведенности не вызывают роста аутоагрессивной активности у мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, а также суицидологические и личностно-психологические характеристики их бывших жен не имеют существенных отличий от таковых в период брака. Иногда развод способен даже улучшить ситуацию, по крайней мере для одного из супругов. Вместе с тем в течение двух лет после развода и у мужчин, и у женщин ухудшаются показатели несуйцидальной аутоагрессии, например, у жен учащаются приступы острого одиночества и частота указаний на злоупотребление алкоголем (Меринов А. В., 2012). Отметим также, что суицидальная попытка и фатальный алкогольный суицид — это различные в феноменологическом отношении формы аутоагрессивного поведения. А при фатальном суициде, который преимущественно совершается мужчинами, развод и одиночество — значимые факторы риска.

Кризисная семейная психотерапия

Когда в основе аутоагрессивного акта лежит семейный (партнерский) конфликт, угроза разрыва или разрыв отношений, кризисная семейная психотерапия (КСП) предполагает 3 стратегических плана вмешательства (Старшенбаум Г. В., Амбрумова А. Г., 1987): 1) работа, направленная на продолжение отношений на лучшем, чем до кризиса, уровне; 2) сохранение неустойчивого равновесия; 3) четкое и окончательное разделение.

В первом случае основной целью является примирение партнеров. Лечебная тактика направлена на разрешение текущих проблем, а также на выявление и коррекцию взаимоисключающих ожиданий и требований партнеров друг к другу. В случае внешних угроз отношениям (недостаточной поддержке или, наоборот, давления родителей и др.) помощь должна быть направлена на вовлечение близких родственников и коррекцию неэмпатических взаимоотношений. Подчеркивают, что сверхзадачей КСП является купирование суицидоопасных тенденций путем быстрее разрешения семейного конфликта.

Во втором случае находящиеся во временном разделении партнеры вовлекаются в заочные (переписка, телефон) или очные контакты при посредничестве друзей или психотерапевта. Избегается обсуждение ущерба, нанесенного друг другу, скорее, выявляются проблемные места взаимоотношений, которые могли бы быть оптимизированы. Избегаются рекомендации о сохранении или

разрыве отношений, напротив, всячески подчеркивается ответственность за эти шаги самих участников конфликта, а также обсуждается правомерность или неправомерность участия третьих лиц (родителей), зачастую иницилирующих временный разрыв. Предлагается перестроить отношения с родственниками с учетом интересов в первую очередь обоих партнеров и их совместных детей.

В третьем случае, аналогично приемам кризисной психотерапии в случае потери (смерти) любимого человека, терапевт совместно с родственниками обеспечивает утилизирующую траурные реакции и чувства (отрицание, гнев, тоску, вину, стыд) проработку горя, а при отвержении пациента партнером разделяет чувства обиды и унижения. Кризисная поддержка базируется на восстановлении самооценки и самоуважения, а кризисное вмешательство направлено на перестройку осознания себя как «существа, невысшимого вне пары» (Старшенбаум Г. В., Амбрумова А. Г. С. 12).

Известная игровая природа взаимоотношений в алкогольных семьях, заключающаяся во всевозрастающих потребностях причинения ущерба ее членам, иногда «без передышек», — феномен «качелей», или «балльной системы»¹ (Schaeff A. W., 1986), или «тканевой деструкции» в игре «алкаш» (Штайнер К., 2003) — вплоть до убийства или самоубийства, предполагает как одну из альтернатив физическое дистанцирование. Члены алкогольных семей интуитивно используют такую возможность: уходы к «маме» и попытки развода — иногда с успехом, но чаще воспроизводят травматические супружеские взаимоотношения уже с новым, похожим на прежнего партнером. Такое происходит, как мы уже отмечали, из-за сценарного характера созависимых браков, поэтому терапия сценария или наследственно-семейных оснований для заключения сценарных браков является и профилактикой новой череды аутоагрессивных проявлений.

¹ Наиболее типичный стереотип созависимости («балльная система») заключался в следующем. Вблизи алкогольного эксцесса фиксировалась фаза набора отрицательных баллов, связанная с нежелательным поведением больного. Далее следовала дисбалансная фаза, когда патологическое поведение пьющего прекращалось. Следом за этим фиксировалась компенсаторная фаза набора условных положительных баллов, связанная со стремлением пьющего возместить в светлом промежутке ущерб, нанесенный близким в период эксцесса. По завершении данной фазы семейная система вступала в неустойчивую балансную фазу, предшествующую очередному алкогольному эксцессу. С началом очередного эксцесса алкогольный цикл повторялся.

Склонность к самоубийству, как «инфекция», передается в семьях. Эпискрипт

Может создаться впечатление, что аутоагрессивный сценарий созависимости — это целиком подражание родительской семье и выученным с детства формам реагирования. Однако феномен эпискрипта («над-сценария»), описанный Фанитой Инглиш (English F., 1969) и встречающийся в каждой десятой созависимой семье с аутоагрессивными проявлениями (Меринов А. В., Шустов Д. И., 2011), может свидетельствовать о передаче аутоагрессивного паттерна от человека к человеку не по принципу научения и воспроизведения, а скорее напоминающая механизм психического заражения, обусловленный работой «зеркальных» нейронов. Эпискрипт представляет собой сжатую версию сценария с трагическим финалом (гамартического сценария, согласно Клоду Штайнеру, 1974), который носитель «передает» реципиенту в ходе игры в «горячую картошку»¹, магически предполагая таким образом избежать фатального конца, получить передышку и доступ к энергии, чтобы попытаться изменить сценарий. Для передачи требуется специфический контакт Ребенок (В₁) ↔ Ребенок (В₁) или Маленький Профессор донора ↔ Маленький Профессор реципиента, который, по мнению Ф. Инглиш, возможен с теми, кто находится в зависимости от носителя эпискрипта, например, «его подчиненный, супруг, пациент, студент или партнер в группе без лидера» (English F., 1969. P. 82). В Наблюдении 28 показано, как работает эпискрипт.

Наблюдение 28

Больной Б., 47 лет, разнорабочий, ранее инженер-технолог. Диагноз: «алкогольная зависимость (F10.2), алкогольная энцефалопатия, хронический гепатит смешанной этиологии (вирусный и токсигенский), токсигенная миокардиодистрофия». Анамнестические сведения: отец пациента злоупотреблял алкоголем, умер в 45 лет «от сердца» после запоя. Раннее развитие без особенностей, третий ребенок в семье, «незапланированный» и впоследствии «нелюбимый». Женился поздно, в 30 лет, на женщине с ребенком десяти лет. Срок семейной жизни Б. составил 15 лет, на момент последней терапевтической встречи находился в состоянии развода.

Наркологический и суицидологический анамнез. В тегении алкогольной зависимости Б. можно выделить несколько этапов. Первый, или добрый, этап характеризовался развитием психической

¹ Горячую картошку следует передавать по кругу из рук в руки, чтобы не обжечься (Авт.).

зависимости (26–30 лет). К 29–30 годам заметил отзетливую тягу к спиртному, и вскоре после женитьбы появились критерии физической зависимости от алкоголя с параллельным ухудшением ситуации на работе (находился на грани увольнения). В состоянии опьянения совершил попытку самоповешения (спасли соседи, о суициде ничего сам не помнит). Данный период длился до 32 лет. Третий период, продлившийся с 32 до 35 лет, характеризовался спонтанным улучшением течения алкогольной зависимости. Частота и протяженность (не более двух дней подряд) снизились. С этим периодом связан и основной карьерный рост — занял пост начальника большого подразделения завода. Четвертый этап (возраст 36–38 лет) — спонтанная ремиссия зависимости. Этот период пришелся на 1998 г., когда он обратился к наркологу по поводу легения приемного сына от героиновой зависимости, которое было нагато и продолжалось порядка года. После успешного легения сына, прекратившего употребление ПАВ и поступившего в вуз, для Б. нагалься пятый этап в развитии алкогольной зависимости. С 39 лет Б. снова нагаль принимать алкогольные напитки, и клинически этот период был очень похож на третий, однако Б. впервые стал агрессивным по отношению к супруге, без повода ревновал ее, неоднократно бил. Этот период длился до 2007 г., когда супруга подала на развод и развелась с ним. Шестой этап (послеразводный) — с 2007 по 2008 г. Интенсивное употребление алкоголя привело к развитию тяжелой соматической патологии и к потере работы. Многократно угрожал бывшей жене и тетке суицидом, который впоследствии совершил в 2008 г. (самоповешение). В суицидальной записке содержалась одна просьба — сжечь его после смерти. Просьба адресована, кстати, к умершей за два года до этого матери.

М., 46 лет, бывшая супруга Б. По профессии экономист. Наблюдалась амбулаторно с 1998 по 2006 г. по поводу смешанного тревожного и депрессивного расстройства (F-41.2 согласно МКБ-10) с выраженными суицидальными тенденциями в рамках терапии созависимого поведения в отношении мужа и сына. Анамнестические сведения. Родилась в семье агрессивного отца-алкоголика. Первая попытка вырваться из родительской семьи была неудачной: вышла замуж за похожего на отца мужжину, так как забеременела, но после рождения мальжика вскоре развелась из-за алкогольных проблем мужа. В 29 лет встретила Б., с которым гезез полгода оформили бражные отношения. Знала, что Б. «выпивает», тем не менее в остальном он казался положительным и «ведомым», была уверена, что пить он прекратит. После заключения брака действительно муж погти полгода не пил. Затем последовали два года «алкогольно-го ада»: муж спивался, прогуливал работу и совершил суицидальную

попытку. Этот период М. характеризует как «этап борьбы и разочарований». М. пыталась легить мужа, чувствовала «прилив сил» и свою особенную значимость для него: готова была «горы свернуть».

Суицидологический анамнез. До второго брака никаких значимых для суицидологического анализа моментов не отмечалось. Характеризовала себя как крайне жизнерадостного, позитивного человека, которого не могли смутить никакие бытовые трудности. Однако после суицидальной попытки мужа (1993 г.), которая последовала спустя один месяц после озередного курса легения, впервые в жизни испытала отчаяние, безнадежность, стали появляться суицидальные мысли, хотела умереть, представляла картину собственной смерти и похорон, жалела себя, но чувствовала, что ничего с собой не сделает, так как у нее есть прекрасный сын. Последующие 3–4 года «не узнавала себя»: стала болезненной, депрессивной, нагала курить. Стала постоянной клиенткой соматической клиники. Трижды серьезно обдумывала вариант реализации самоубийства, но об этом никому не рассказывала, чувствовала себя обузой для мужа и сына, которому к этому времени исполнилось 15 лет. В 1995 г. после стресса на службе и ссоры с мужем выпила горсть разных таблеток, спустя 15 минут нагалась самопроизвольная рвота, что спасло ей жизнь (суицидальную попытку от мужа и сына утаила). Этому периоду четко соответствует третий период наркологического анамнеза мужа, когда он спонтанно практически прекратил выпивки, всю свою энергию посвящал работе и заботе о соматическом состоянии супруги.

Е., 27 лет, сын М. Наблюдался амбулаторно с мая 1998 по июнь 1999 г. с диагнозом «героиновая наркомания» (F11.2), когда ему было 17–18 лет. Анамнестические сведения: родился от первого брака М., с биологическим отцом никогда не общался. Рос тихим, безынициативным и подгняемым ребенком (со слов педагогов). При этом пользовался безграничной любовью матери, которая его боготворила. Повторный брак матери воспринял «в штыки», долго не мог поладить с отчимом. Особенно его раздражала привычка отгима «плохо обращаться с мамой», когда тот был нетрезвый. Был свидетелем парасуицида отгима, когда его спас сосед, вытащив из петли. Хорошо помнит момент, когда «мама вдруг изменилась», из всегда веселой, заботящейся и любящей вдруг стала «усталой», стала часто и подолгу болеть, меньше времени уделяла сыну, что вызывало у него обиду и злость на отгима, «от которого все и произошло». Стал чаще проводить время в дворовой компании.

Наркологический анамнез: в 13 лет впервые попробовал спиртное, стал курить. К наркотикам тем не менее в этот период относился крайне отрицательно, хотя его друзья часто курили «трав-

ку». До 15 лет от их приема отказывался. Хорошо помнит тот день, когда первый раз попробовал героин. Отгим накричал на мать, говорил, что она «больная вся», что он еще молодой и найдет себе другую. Е. был свидетелем этой сцены, пережил ее очень тяжело, готов был убить отгима. Вечером этого же дня выступил инициатором приобретения и приема героина. Через три месяца регулярно употреблял героин. Спустя два месяца про это узнали родители (рассказал сам — назло отгиму).

Наркологическая и суицидологическая семейная динамика с момента идентификации Е. как героинового наркомана. Этот период (с 15,5 до 18 лет подростка) характеризуется постоянной борьбой родителей с болезнью при выраженной пассивной позиции ребенка, который длительное время продолжал наркотизацию в «ужасной», по его словам, компании (где было несколько человек ВИЧ-инфицированных). Знал, что может заразиться, но «было все равно», хотя раньше никаких антивитальных паттернов поведения не демонстрировал. В это время знагительно поменялись оба родителя. Для отгима этот период соответствовал спонтанной ремиссии. Он все силы посвящал попыткам легения ребенка, испытывал угрызения совести по поводу того, что не смог стать хорошим отцом. Мать снова стала прежней, стенижной и гиперзаботящейся. Оба пытались спасти сына. Характерно, что, несмотря на очевидные неудачи в легении, ни Б., ни М. за это время не отметили каких-либо аутоагрессивных тенденций. М. с удивлением для себя заметила, что практически вся соматическая патология исчезла, вновь появилось ощущение жизни, собственной необходимости. Это продолжалось вплоть до окончания долгосрочной терапии Е. в 1999 г. Е. с этого времени воздерживался от приема ПАВ; спустя полгода с момента окончания терапии женился и стал жить отдельно от родителей в другом городе. Свадьба и переезд сына ознаменовали наступление нового этапа в отношениях Б. и М., который разительно напоминал период до возникновения у Е. наркомании: Б. периодически снова стал выпивать (пятый этап его наркологического анамнеза), в интоксикации был агрессивен, стал ревновать и бить М. Супруга период с 1999 по 2004 г. характеризует как самый тяжелый в своей жизни. Потеряла смысл жизни, жила с мужем «по инерции», многократно отмечала появление суицидальных мыслей, снова стала часто болеть. Единственным «светом в окошке» был сын и родившаяся внучка. Е. после отъезда прервал отношения с отгимом, М. с удовольствием уезжала в гости к сыну, тем вызывала еще большую агрессию со стороны мужа. В 2006 г. после очередной ссоры с пьяным мужем решила покончить с собой. Тщательно планировала предстоящий суицид, всю свою жизнь представляла как одно большое фиаско. В момент этих

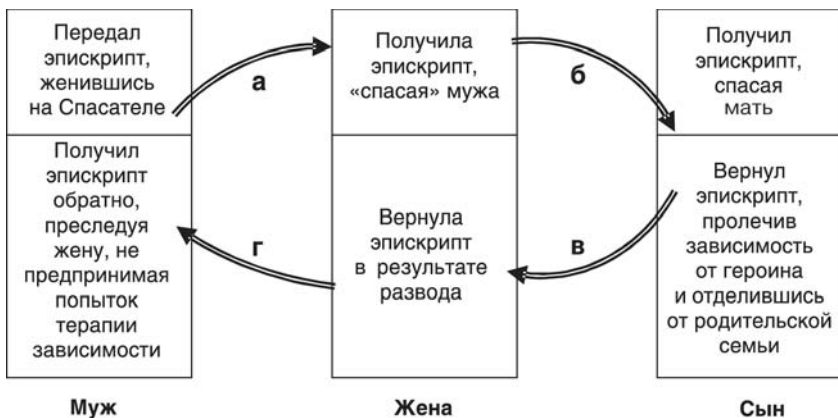


Рис. 14. Динамика передачи эпискрипта в семье зависимого:
а, б, в, г — последовательные этапы «циркуляции» эпискрипта

размышлений М. впервые пришла к мысли о разводе с мужем. Через два дня М. подала заявление на развод, тем спровоцировала двухмесячный запой у Б. Эти два месяца жила у сына. Через месяц состоялся развод. С этого времени живет в другом городе, с бывшим мужем не общается, готовится к третьему замужеству с неалкоголиком. Б. после развода начал интенсивно пить, затем последовало увольнение с занимаемой должности и стремительная социальная и личностная деградация (это соответствует шестому этапу наркологического анамнеза). В конце 2008 г. Б. после запоя длительностью порядка трех месяцев покончил с собой.

На рис. 14 отражена графическая динамика вышеизложенного примера.

В приведенном примере описан вариант многоуровневой передачи эпискрипта — сжатой формы гамартического сценария жизни — от мужа к жене, от жене к ее сыну и от сына обратно к отчиму. Этот случай показывает миграцию патогенного эпискрипта в индивидуальных судьбах всех трех членов семьи. Отметим, что все три участника имели разных отцов-алкоголиков, и каждый мог бы выступить в роли инициатора передачи эпискрипта. Однако прослеживаемый нами эпискрипт касался сценария скорой неестественной смерти в форме пассивного или активного суицида, а пациент Б. как раз и являлся его обладателем. Вспомним, что только у него отец в 45 лет скоропостижно скончался на фоне выпивки. Наблюдение иллюстрирует тот факт, что момент передачи или получения эпискрипта легко устанавливается во времени и выглядит

как резкий перелом или же восстановление естественного хода жизненного пути, то есть жизненный путь акцепторов не носит характера продолжающегося и движущегося к своему финалу сценария. Мы также наблюдаем периоды (вскоре после трансляции эпискрипта реципиенту), когда люди выходят из-под роковой власти сценария, становясь автономными или следуя контрпредписаниям. Именно в эти моменты они в большей мере могли бы быть доступны и открыты терапии. Развод в данном наблюдении был полезен для женщины, но трагичен для мужчины. Отметим также, что улучшение в состоянии сына и его успешное расставание с родительской семьей высвечивают позитивную роль простого физического дистанцирования в снижении интенсивности симбиотических отношений и, следовательно, в снижении риска обмена эпискриптом. Например, в одной из сказок герой — носитель эпискрипта (горя-злосчастья¹), передавая горе вместе с ценным подарком-приданком, стремился тут же исчезнуть из поля зрения нового обладателя горя-злосчастья. Передача эпискрипта происходит, когда один из супругов-реципиентов прочно зафиксирован в роли Спасателя, а другой, носитель эпискрипта, — в роли Жертвы. Чтобы произошла обратная передача, они должны поменяться ролями, и опять Спасатель получает эпискрипт от Жертвы. Аддиктологическая практика свидетельствует изо дня в день, что «Аддикт»-Жертва ищет Спасателя, чтобы избавиться наконец от довлеющего рока скорой неестественной смерти.

Алгоритм передачи эпискрипта (условия, время, симбиотически фиксированные интенсивные Детско-Родительские транзакции) изучен в большей мере, чем то, что передается, что скрывается за метафорой «горячая картошка». Мы полагаем, что за «горячей картошкой» стоит блуждающий из поколения в поколение неотраженный, а потому и неосознаваемый травматический опыт. В этом отношении интересна теория, обобщенная Джо Статридж (Stuthridge J., 2010) и касающаяся неспособности матери адекватно выполнять функцию отзеркаливания детского опыта в ходе процесса ментализации у младенца. Более того, «зеркало» матери в диадном взаимодействии становится проницаемым для ее собственного дезинтегрированного опыта, который передается ребенку, становится достоянием его психики в форме «семейного секрета», отделенного от осознания. Стремление Ребенка — донора эпискрипта к тесным симбиотическим отношениям и глубокой регрессии, возможно, выражает его потребность в воспроизведении ситуации младенческого диадного взаимодействия, когда он мог бы освободиться

¹ Персонаж сказки С. Маршака «Горя бояться — счастья не видать».

от непосильной ноши дезинтегрированного чужого опыта, передав ее обратно, достигнув «нового начала» и будущей счастливой жизни.

Подходы к терапии эпискрипта. Интуитивная тактика Маленького Профессора (B_1) — дистанцироваться после передачи эпискрипта — подчас выражается в требовании развода «любой ценой». Как с позиций Взрослого (B_2) могла бы выглядеть данная тактика? Например, развод мог бы стать контрактной целью супружеской психотерапии; или дистанцирование достигалось бы терапевтической поддержкой обоих супругов разными терапевтами в формате индивидуальной терапии. Понятно, что дистанцирование — это паллиативное мероприятие, как, впрочем, и разного рода сдерживание самой передачи эпискрипта. Известные кризисные договоренности (антисуицидальный, антигомицидный, антипсихотический контракты и контракт о договоренности не покидать терапию) даже на уровне временных соглашений ($P_2 \leftrightarrow Re_2$) позволяют выиграть время для мобилизации энергии Взрослого и осуществления социального контроля. Этот этап во многом осложняется интоксикацией одного или обоих супругов. Лечение симбиозов и алкогольных игр позволит избежать интенсивной и долговременной фиксации позиции Жертвы, от которой в наших случаях осуществлялась передача, и позиции Спасателя, позволяющей Маленькому Профессору (B_1) акцептора *попробовать* и принять ответственность за гамартическую часть сценария партнера. Возможный выход клиентов из супружеских отношений приглашает терапевта к решению ряда этических дилемм: с кем из супругов должен остаться терапевт, а кому рекомендовать вступление в новые терапевтические отношения; каким образом терапевт должен в этом процессе учитывать факт того, у кого из супругов сейчас «находится» эпискрипт; считать ли донора выздоровевшим, поддерживая «временное облегчение» (а в контексте алкогольной зависимости — хорошую ремиссию) или мотивировать к продолжению лечения на уровне перерешения?

Природа эпискрипта предполагает и магическую помощь, когда психотерапевт напрямую связывается с Маленьким Профессором (B_1) клиента, предлагая тому сжечь лист бумаги, на котором написано проклятие. В России большую популярность получили методы магически «окрашенной» плацебо-терапии алкогольной зависимости (см. критическую статью Евгения Райхеля (Raikhel E., 2010)). При этом клиент «обменивает» алкогольный гамартический скрипт на плацебо (электрический разряд или фармакологический эффект индифферентного к АЗ препарата). Во время процедуры терапевт может выступить из своего Маленького Профессора (B_1),

если сам верит в магический ритуал, или из Взрослого (В₂), если рассчитывает исключительно на плацебо-эффект, либо алгоритм его действий вписывается в известный алгоритм ЗР Патрисии Кросманн (см. гл. 5).

Конечно, психотерапия гамартического сценария и перерешения на уровне сценарного решения Маленького Профессора «умереть от последствий интоксикации» у донора и решения «умереть за кого-то» у акцептора были бы радикальными в отношении эпискрипта как «сжатой версии» скрипта (English F., 1969). С другой стороны, концепции эпискрипта удачно соответствует и передача мигрирующего из поколения в поколение неинтегрированного во Взрослое «Я» травматического опыта. Травматический опыт должен быть воспроизведен в поддерживающих условиях и метаболизирован, то есть должен стать достоянием личной осознаваемой истории. В ряде случаев, если травма носила событийный исторический характер, как при диссоциативной патологии, то терапия в технике отреагирования (Putnam F., 1989) может восстановить последовательность автобиографического нарратива и остановить трансмиссию травмы последующим поколениям (Stuthridge J., 2010). Когда травматический опыт не может быть вербально воспроизведен и эмоционально прожит в силу либо его временной отдаленности, либо специфических особенностей, а также глубоко повреждает личность пациентов, что часто наблюдается у зависимых от ПАВ с аутоагрессивными проявлениями, целебными становятся сами терапевтические взаимоотношения, основанные на ментализации (Bateman A., Fonagy P., 2010).

6.6. Методы долговременной психотерапии суицидальных и других аутоагрессивных тенденций у зависимых от употребления психоактивных веществ пациентов

Когнитивно-бихевиоральная психотерапия

В фокусе КБТ находится идентификация и изменение через тренинг и переобучение дисфункциональных мыслительных и поведенческих паттернов, таких как беспомощность, безнадежность, неспособность решать проблемы, перфекционизм, иррациональные убеждения, автоматические мысли. Первичной мишенью лечения является изменение взгляда пациента на суицид как на альтернативу на наполненной болью жизни.

Помимо традиционной модели, коллегами Аарона Бэка предложен не ограниченный временными рамками метод (Brown G. K.

[et al.], 2002; Berk M. S. [et al.], 2004), индуцирующий переживание кризисных эмоций в течение терапевтической сессии. При поддержке терапевта клиент пробует новые копинговые стратегии выживания в кризисе. Пациенты не покидают терапию до тех пор, пока не продемонстрируют, что они научились выживать в кризисе, используя собственный уникальный способ совладания с зависимостью.

Диалектическая бихевиоральная психотерапия

Диалектическая бихевиоральная психотерапия (ДБТ) предложена Маршей Лайнен (Linehan M., 1993; Dimeff L. A., Linehan M., 2008) специально для терапии пограничных суицидальных клиентов, злоупотребляющих ПАВ. Эффективность ДБТ была доказана в многочисленных рандомизированных контролируемых исследованиях.

Диалектичность ДБТ определяется решением двуединой задачи: изменения и принятия. Пограничный пациент балансирует между желанием уничтожить прошлый болезненный опыт (вместе с самой жизнью) и параллельной необходимостью принять неизбежно сопутствующую жизни боль. Авторы относят такой подход к знаменитой молитве в Двенадцатишаговой программе: «Боже, дай мне разум и душевный покой принять то, что я не в силах изменить, и мужество изменить то, что я могу, и мудрость отличить одно от другого».

ДБТ решает 5 основных задач: 1) повышение мотивации к изменению; 2) усиление способностей пациента; 3) создание нового поведения; 4) структурирование окружения; 5) повышение способностей и мотивации терапевта. Задачи решаются в различных моделях терапии: индивидуальной, групповом тренинге навыков, телефонных консультациях и терапии для терапевтов.

В достижении трезвости диалектика ДБТ принимает форму толчка к немедленному и постоянному отказу от употребления наркотиков (то есть изменению), и одновременно внушается тот факт, что в случае возникновения рецидива это не будет означать неспособности клиента или терапии достигнуть желаемого результата (то есть принятия). Диалектический подход сочетает неуклонное требование абсолютного воздержания с неосуждающими, ориентированными на решение проблем реакциями на рецидив, включающими техники по уменьшению опасности передозировки, инфицирования и других негативных последствий. Терапевт сообщает, что ожидает от пациента трезвости на самой первой сессии ДБТ, поощряя его дать обязательство прекратить употреблять наркотики

немедленно. Поскольку цель абсолютно трезвой жизни «навсегда» может казаться недостижимой, терапевт просит пациента дать обязательство на тот срок, который пациент по своим ощущениям может выдержать — день, месяц или даже 5 минут. По истечении этого срока пациент возобновляет обязательство. Наконец, он достигает долгосрочной, стабильной трезвости, составленной из следующих друг за другом неограниченных периодов без употребления ПАВ. Девиз Двенадцатишаговой программы «Только на сегодня» использует ту же когнитивную стратегию для выполнения похожей цели — трезвости длиной в жизнь, которая достигается мгновение за мгновением. Диалектический подход отличается от подхода Двенадцатишаговой программы. Требование обязательного отказа от употребления касается в первую очередь основного наркотика, с которым связаны аутоагрессивное поведение и проблемы. Мишенью второй очереди являются вещества, которые катализируют импульсивное употребление основного наркотика. Терапевтические цели и требования озвучиваются, только если они являются реально достижимыми.

Другая стратегия абсолютной трезвости учит пациентов «справляться заранее». Пациент усваивает поведенческие навыки, предвосхищая потенциальные стимулы (*cues* — алкогольные или наркотические триггеры. — *Авт.*) в ближайшие мгновения, часы и дни, заранее формируя ответы на ситуации высокого риска, которые в ином случае могли бы угрожать трезвости. Кроме того, терапевт оказывает давление (*presses*) на пациента, с тем чтобы он «сжег мосты» к своему наркотическому или алкогольному прошлому: поменял номер телефона, сказал друзьям-наркоманам, что больше не употребляет, и выбросил атрибутику, связанную с приемом наркотиков. Через всю диалектику красной нитью проходит послание, что употребление наркотиков — это катастрофа и должно избегаться.

В ДБТ большое внимание уделяется контакту с суицидальными пациентами и формированию устойчивой привязанности к терапевту. Терапевт проясняет с пациентами «эффект бабочки» (когда пациент «порхает, словно бабочка», от одного терапевта к другому), и они обсуждают вероятность «выпадения» пациента из контакта в ходе лечения. Для преодоления проблемы разрабатывается план действий: где и как терапевт может найти пациента, если тот пропадет из его поля зрения (адреса и телефоны друзей-наркоманов, притонов), составляется список тех, кто мог бы помочь пациенту и терапевту в этом случае (семья, друзья). Другие стратегии: частые контакты с пациентом в начале лечения (запланированные телефонные звонки между сессиями, обмен голосовыми сообщениями или электронными письмами); «приближение» терапии к пациенту,

то есть проведение сессий у него дома, в парке, в машине, за ужином в ресторане; сокращение или удлинение сеансов терапии по необходимости.

Отметим, что терапевты ДБТ уделяют внимание и аддиктивному расщеплению психики зависимого пациента, называя отрицательную сторону «аддиктивной психикой», а позитивную сторону — «ясной психикой», выделяя также промежуточное звено — «чистую психику».

Терапия внутренних голосов (Voice Therapy)

В основе этого психотерапевтического метода, предложенного Робертом Файерстоуном (Firestone R., 1988; 1997), лежат известные представления об аутоагрессивном поведении как результате нарушенных ранних родительско-детских интеракций, приводящих к формированию небезопасной привязанности. Неразрешенные травматические события транслируются от родителей к ребенку, дезорганизуя поведение и обуславливая повышенную чувствительность к стрессовым событиям. Люди с историей нерешенной травмы и печали гораздо легче втягиваются в состояние, описываемое в интерперсональной нейробиологии (Siegel D. J., Hartzell M., 2003) как «поведение нижнего пути», при котором заблокирована средняя префронтальная кора. При этом нарушается регуляция девяти функций средней префронтальной коры (ПФК), включая телесную регуляцию; присоединение / подстройку; балансирование эмоций; гибкость реакций; эмпатию; осознание, связанное с самопознанием; ослабление страхов; интуицию и мораль. Это состояние нижнего пути, характеризующее дисфункцией ПФК, вероятно, является обязательным условием возникновения суицида (Firestone L., 2006). Другой особенностью суицидальных клиентов является их способность к защитной посттравматической диссоциации, особенно выраженной у зависимых от ПАВ.

Учитывая эти факторы, Р. Файерстоун (Firestone R., 1988; 1997) постулирует наличие двух систем «Я»: позитивной (нормативной) системы «Я» и негативной — «Анти-Я»-системы», которая продуцирует аутодеструктивные мысли или «внутренние голоса». «Голоса» определяются как система мыслей и интегрированных с ними чувств, направленных против «Я» и «других» и запускающих суицидальное поведение. В транзакционном анализе в этом смысле говорят об инкорпорированных критикующих и преследующих Детское эго Родительских фигурах, обуславливающих внутриличностный конфликт, одним из патологических выходов из которого и является аутодеструкция.

Исследования Р. Файерстоуна (Firestone R., 1997) показали, что существуют 3 уровня аутоагрессии. Первый уровень включает мысли, понижающие самооценку, которые ведут к отгороженности, изоляции и одиночеству, переживанию психической боли в результате дистресса. Второй уровень включает аддиктивный цикл: «голоса» соблазняют к выпивке, а затем «ругают». Третий уровень атаки на «Я» ведет к суициду. Он включает «голоса» о своей обременительности для друзей и родственников, о бессмысленности жизни, а также мысли, побуждающие нанести самоповреждение, участвовать в рискованных мероприятиях, планировать детали суицида и, наконец, расстаться с жизнью: «Так сделай это или ты трусишь?»

Лечение включает установление рабочего альянса, когда особо отмечается способность клиентов провоцировать негативный контртрансфер. Прерывание терапии резонирует прошлую травму брошенности и способствует суициду.

Центральной темой терапии является работа с «голосами». Ей предшествует информирование, позволяющее клиенту понять наличие двух систем «Я» у него в голове. Первый шаг работы с «голосами» включает вербализацию голосовых атак (мыслей) и перенаправление их на «другого» через употребление «ты» вместо «я». Терапевт поощряет выражение как можно большего количества «голосов», направленных в том числе и на других людей, облегчая и выражение сопутствующих «голосам» чувств. Второй шаг включает катарсическое отреагирование гнева, когда клиент отвечает «голосам», возражая и приводя рациональные доводы. В течение третьего шага клиент уже выразил сопутствующие деструктивным голосам аффекты гнева и печали, чувствуя облегчение, начинает узнавать, кому из родительских фигур принадлежит тот или иной «голос». На этапе четвертого шага клиент формирует осознание того, как прошлые «голоса» обуславливают его настоящую жизнь, начинает менять свое поведение. Пятый шаг посвящен интернализации корректирующих утверждений терапевта и рационального «Я» клиента, выходящего из-под влияния аутодеструктивных «голосов».

Формат психотерапии может быть индивидуальным, групповым и, что предпочтительнее, супружеским.

Психодинамические подходы

Идеи Зигмунда Фрейда, Карла Менингера, Эдвина Шнейдмана и Джеймса Боулби относительно психодинамической природы суицида позволили использовать терапевтические взаимоотношения

в качестве мощного сдерживающего суицидальные устремления и излечивающего средства. Арсенал психодинамических методов включает в себя анализ трансфера, исследование психической боли и негативных событий детства, идентификацию болезненного аффективного состояния, интерпретацию защит и мотивов самообесценивания, анализ проблем индивидуации и самоутешения и др. Психодинамически ориентированный терапевт выполняет функции «достаточно хорошего родителя», устанавливает селф-объектные переносы, которые обеспечивают принятие и подтверждение (отзеркаливание), защищает от болезненных аффектов страха дезинтеграции и аннигиляции, моделирует процессы самоутешения и заботы, интерпретирует опасные трансферентные импульсы и суицидальные идеации, нарушающие функционирование «Я» и снижающие собственную компетенцию и ответственность (Maris R. W. [et al.], 2000).

В качестве специально адаптированных к наркологической практике стоит отметить метод анализа в переносе «центральной конфликтной темы» в рамках поддерживающе-экспрессивной психотерапии Лестера Люборски (2003), признанный эффективным амбулаторным краткосрочным методом терапии аддикций, а также метод, сфокусированный на переносе и контрпереносе, развиваемый Отто Кернбергом (2001) в отделении личностных расстройств Корнелльского университета. Последний метод учитывает разнообразие тяжелой наркологической коморбидной патологии, а также различает подходы к терапии суицидальных пациентов в стационарных и амбулаторных условиях.

Наиболее суицидоопасными, по мнению О. Кернберга, являются пограничные и нарциссические пациенты с антисоциальными чертами (нечестностью в употреблении алкоголя и наркотиков), у которых «сочетаются общая импульсивность, нечестность, хронические тенденции причинять себе вред, зависимость от алкоголя и наркотиков и глубокая эмоциональная отрешенность или эмоциональная закрытость, которые готовы действовать на основе суицидальных тенденций в любой момент; риск невозможно точно оценить в любых конкретных обстоятельствах» (Кернберг О., 2001. С. 322).

Кернберг также называет 3 основные причины внутривнутристационарных самоубийств таких пациентов. К ним относятся недостаточный внутривнутристационарный контроль (1), преждевременная выписка из стационара пациентов, находящихся в психотической депрессии (2), поддержание внутривнутриличностного расщепления действиями персонала, игнорирующего тревожные сигналы, свидетельствующие о хронической депрессии, и поддерживающего позитивные стороны

пациентов, например вовлекая последних в поддерживающие и доставляющие удовлетворение формы деятельности (3). Кернберг предлагает прямую конфронтацию (через прямое и постоянное обсуждение) суицидальных намерений и непоследовательности пациента в отношении самого себя, предпочитая открытое общение, хотя оно несет риск нападения и выражения гнева, атмосфере поверхностного дружелюбия, за которой стоит отрицание действительных проблем. Джеймс Мастерсон (1998) называет такой подход «уважительной конфронтацией» пограничного пациента, приглашающий того «пройти» через «депрессию заброшенности», выразить эмоционально и вербально всю гамму чувств вместо поведенческих отыгрываний переноса, в том числе и через «неожиданный» суицид или акт самоповреждения.

Лечение в амбулаторных условиях может быть предпочтительнее искусственной защиты стационара. Необходима конфронтация первичных и вторичных выгод суицидальной тирании терапевта и близких со стороны пациента. Терапевт должен дать пациенту понять, что, если он убьет себя, «терапевту станет грустно, но он не отвечает за этот поступок, и после смерти пациента его жизнь существенно не изменится» (Кернберг О., 2001. С. 327).

Такой тип конфронтации способен стимулировать продвижение клиента от суицидального шантажа в семье к новому для него типу открытых взаимоотношений.

Еще более радикальным на первый взгляд выглядит подход аналитической психологии, озвученный Джеймсом Хиллманом в его известной книге «Самоубийство и душа» (2004). Дж. Хиллман предлагает дать понять суициденту (в книге — анализанду. — *Авт.*), что его суицидальные переживания чрезвычайно ценны для его души, и терапевт не «осмеливается сопротивляться ей (потребности умереть. — *Авт.*) в превентивных целях, так как сопротивляемость только усиливает непреодолимость побуждения, а конкретную смерть делает еще более привлекательной» (С. 153). Психоаналитик, по мнению Хиллмана, представляет интересы души, в меньшей степени — тела, так что со смертью тела анализ не прекращается; и в этом контексте пограничный пациент понимает, что аналитик будет с ним, его душой, до самого конца, поэтому любые виды суицидального шантажа, практикуемые им в семье, во время лечения лишены смысла. Смысл аналитик находит в самом суицидальном переживании, сообщая, что необходима трансформация, перемена, что существующее положение вещей не может больше быть удовлетворительным. Диалектический подход ДБТ, при котором пограничный клиент призывает дать ему силы принять то, что невозможно изменить, находит у Хиллмана пара-

доксальную интерпретацию, где надежда, что депрессия пройдет, только усугубляет безнадежность: никаких фантазий о свете — и тогда депрессия становится менее мрачной. Нет надежды, но нет и отчаяния¹ (*цит. по:* Зеленский В. В., 2004). Вспомним Э. Шнейдмана (2001), призывающего отдернуть шторы и впустить немного света в комнату, где находится планирующий свою смерть самоубийца.

Большое внимание уделяется анализу контртрансфера терапевта как необходимому условию успешной психотерапии суицидального клиента. Так, терапевт, приверженец медицинской модели, должен дать понять родственникам клиента, что он не может гарантировать успеха или пообещать, что пациент в ходе долговременной терапии не убьет себя, поскольку тот «болен психологическим раком, который в любой момент может привести к смерти» (Кернберг О., 2001. С. 328). При этом терапевт избегает чувства вины и параноидного страха перед третьей стороной. Терапевт также должен не соглашаться на терапию пограничного пациента, если она будет существенным образом отличаться от стандартной, потребует ежеминутной вовлеченности и героических усилий. Подобная работа может стимулировать подсознательные фантазии

¹ Максим Горький в пьесе «На дне» (1902) на примере самоубийства Актера показывает эту сторону надежды (привнесенную в грязную ночлежку добрым и обещающим странником Лукой), не подкрепленной ни внешними обстоятельствами, ни внутренними ресурсами.

Актер: Пропил я душу, старик... я, брат, погиб... А почему погиб? Веры у меня не было... Кончен я...

Лука: Ну, чего? Ты... лечись! От пьянства нынче лечат, слышь! Бесплатно, браток, лечат... такая уж лечебница устроена для пьяниц... чтобы, значит, даром их лечить... Признали, видишь, что пьяница — тоже человек... и даже рады, когда он лечиться желает! Ну-ка, вот, валяй! Иди...

Актер (*задумчиво*): Куда? Где это?

Лука: А это... в одном городе... как его? Название у него эдакое... Да я тебе город назову! Ты только вот чего: ты пока готовься! Воздержись!... возьми себя в руки и — терпи... А потом — вылечишься... и начнешь жить снова... хорошо, брат, снова-то! Ну, решай... в два приема.

Актер: Я — уезжаю, ухожу... Настанет весна — и меня больше нет...

Наташа: Куда это ты?

Актер: Искать город, лечиться...

Сатин: Не мешай человеку, как говорил старик... Да, это он, старая дрожка, прокवासил нам сожителей...

Клещ: Поманил их куда-то... а сам — дорогу не сказал...

...

Барон: На пустыре... там... Актер... удавился!

(Горький М., 1979а. С. 97–164)

о смерти пациента, а также присоединение к непродекларированному неосознанному «договору» с другими членами семьи, желающими в своих инфантильных мечтах, чтобы трудный пациент наконец умер. Подобные мысли и «альянс» увеличивают риск самоубийства, должны быть восприняты самым серьезным образом и проанализированы на супервизионных сессиях (Шустов Д. И., 2014).

Дж. Хиллман (2004) разделяет ответственность и условия работы аналитиков без медицинского образования, психологов в нашем случае, и врачей с суицидальными клиентами. Если врачи имеют достаточно четкий и однозначный алгоритм работы с суицидальными переживаниями («необходимо защитить жизнь») и поддерживаются обществом и сильным медицинским сообществом в случае неудачи терапии суицидального клиента, то психологи-аналитики, защищая жизнь, иногда вступают в противоречие с интересами души, закрывая, например, антисуицидальным кон трактом тему трансформации (Hargaden H., 2001), или, поддерживая уникальные отношения переноса, они вовлекаются в жизнь пациента так, что дела пациента становятся их делами, а смерть клиента — личностным событием, то есть «собственным самоубийством и поражением»¹ (Хиллман Дж., 2004. С. 78). Между тем именно трансферентные отношения — единственный доступный психологу инструмент, когда «...пациент знает, что может положить на аналитика, так как понимание между ними не в силах разрушить даже смерть. Не создавая помех, аналитик тем не менее делает максимум возможного, чтобы препятствовать действительной смерти. Проникая, насколько это возможно, в положение другого, он дает возможность этому другому не ощущать себя больше в полной изоляции. Пациент не способен теперь спокойно разрушить их скрытый союз и сделать свой шаг самостоятельно» (Там же. С. 158).

Особое положение психолога требует от него постоянно отвечать на вопрос «Почему он хочет, чтобы этот человек остался жив?», поскольку для этого недостаточно, считает Хиллман, ответственности за жизнь и терапевтического обязательства.

¹ «Участники этих уникальных взаимоотношений, именуемых анализом, разделяют общую тайну, как это происходит с любовниками, исследователями, посвященными, которые совместно столкнулись с общими переживаниями. Участники этого *via sinistra* (зловещего пути — *лат.*) — сообщники; самоубийство одного означает, по крайней мере, соучастие другого» (Хиллман Дж., 2004. С. 76, 77).

Лечение, основанное на ментализации

Под ментализацией в широком смысле слова понимается развитие в ходе психотерапии способностей пациента к осознанию собственных психических процессов, рефлексии, эмоциональной и поведенческой саморегуляции, а также связанных с этими способностями качеств межличностного взаимодействия. Лечение, основанное на ментализации, или *mentalization-based treatment* (МБТ) (Bateman A., Fonagy P., 2010), является формой среднесрочной психотерапии и признано эффективным для терапии суицидальных тенденций у зависимых пациентов с пограничной структурой личности (Söderström K., Skårderud F., 2009; Sledge W. [et al.], 2014).

Лечение фокусируется на стабилизации чувства «Я» и помощи пациенту в достижении оптимального уровня возбуждения в контексте адекватных, не слишком интенсивных и не слишком отстраненных отношений привязанности между пациентом и терапевтом. Это становится возможным благодаря следованию трем принципам. Первый касается первоначальной цели интервенций — стабилизации выражения эмоций и улучшению способности регулировать аффект, поскольку неконтролируемый аффект не позволяет работать с внутренними репрезентациями. Второй принцип описывает терапевтический стиль терапевта, который подразумевает: а) смирение (терапевт исходит из того, что ничего не знает о пациенте); б) терпение (терпеливое выявление различий в точках зрения); в) признание законности и принятие различных точек зрения; г) активный расспрос пациента о его опыте (просьба дать подробное описание опыта, вопросы, начинающиеся со слова «что», а не объяснения «поэтому»); д) осторожное избегание необходимости понять то, в чем нет смысла (терапевт открыто говорит, что ему что-то непонятно). Третий принцип называется ментализацией переноса, которая осуществляется в 6 этапов: 1) через подтверждение трансферентного чувства (выявление точки зрения пациента); 2) через исследование; 3) через принятие того, что терапевт также участвует в переносе; 4) через совместную выработку интерпретаций переноса; 5) через представление терапевтом альтернативной точки зрения; 6) через тщательный мониторинг реакции пациента и терапевта (Bateman A., Fonagy P., 2010).

Таким образом, терапевт исследует причины возникновения суицидального импульса в связи с неспособностью выносить сильный стресс, реакцию на стресс через отыгрывание в аутоагрессивном импульсивном поведенческом акте и одновременно приглашает клиента к совладанию со стрессом с помощью ментализации и переживания чувств (Sledge W. [et al.], 2014).

Трансакционный анализ

Концепция аутоагрессивного поведения разрабатывалась в ТА параллельно концепциям алкогольных игр и гамартических (трагических) сценариев жизни (Berne E., 1964; Steiner C., 1974). В основе аутоагрессивного поведения лежит ряд вынужденных решений Ребенка в ответ на отвергающее давление семейного и социального окружения, выраженного в родительском послании «Не живи» и программах «Напейся» или «Выпивай». Контрсценарий и специфичность каждой отдельной алкогольной аутодеструктивной сценарной программы определяется разными контрпредписаниями и дополнительными предписаниями (см. гл. 2).

Программа «Выпивай» копируется алкоголиками у родителей и близких лиц. Понятно, что социальные моменты в становлении алкоголизма имеют основополагающее значение, поскольку еще ни один человек, даже имеющий генетически детерминированный, предрасполагающий к заболеванию метаболизм, не стал алкоголиком, не употребляя спиртные напитки и не употребляя их весьма интенсивным способом. Мы полагаем, что послание «Выпивай» является частью сценарной программы еще и потому, что будущие алкоголики учатся у биологических родителей, как справляться с проблемами с помощью водки.

«Не живи». Мы считаем, что одним из основных патогенетических психологических звеньев антивитального поведения вообще и аутоагрессивного поведения больных алкоголизмом в частности является негативный опыт, пережитый аутоагрессантом в детстве и переформированный в убеждение неотвратимости быстрой неестественной смерти. При этом негативный опыт может быть самым разнообразным — как явным (попытка инфантицида или аборта будущего алкоголика, жестокое обращение или брошенность), так и неявным, например нежеланность при рождении или самоубийство близкого родственника. Для того чтобы подобный опыт стал патогенным, необходимы два фактора: сознательная или малоосознанная, постоянная либо временная убежденность родителей будущего аутоагрессанта в том, что своим рождением (существованием) ребенок необратимо воспрепятствовал их физическому и/или психическому благополучию (фактор экзистенциальной помехи), а также чтобы ребенок, соотнося эту вербальную или невербальную информацию с условиями своего существования, принял решение так или иначе соответствовать родительским желаниям или ожиданиям (фактор активного выбора самого ребенка или установка «Не живи»). В психотерапевтически ориентированных исследованиях и психотерапевтической практике существование не биологически на-

следуемой семейной программы неестественной смерти в рамках описанного Берном «сценария жизни» является давно установленным клиническим фактом, относительно которого строятся психотерапевтические программы. Что касается больных алкоголизмом, то наши исследования установки «Не живи» (Шустов Д. И., 2000) показывают, что программа «Не живи», предопределяющая негативный жизненный выбор, является «достоянием» значительного числа больных алкоголизмом в сравнении с людьми без патологического влечения к алкоголю. Частота диагностики этой программы возрастает у пациентов с классическим аутоагрессивным поведением (парасуицидами, суицидальными мыслями и тенденциями, самоповреждениями), что дает основания говорить о ее связи с аутоагрессией в будущем. Обращает на себя внимание и факт наличия данной программы у каждого третьего алкоголика без маркеров суицидального риска. По-видимому, реализация программы у данной категории больных может идти через рискованное, связанное с получением травм и увечий поведение, а также осуществляться через «неожиданный» фатальный суицид. Наш опыт диагностики «Не живи» свидетельствует, что в отличие, например, от большинства психиатрических пациентов больные алкоголизмом в ранний постинтоксикационный период (до двух недель после последнего употребления алкоголя) на фоне абстинентного синдрома демонстрируют особенную актуальность «Не живи», которая легко выявляется в процессе беседы, однако не соотносится в сознании больных с источником их настоящего проблемного поведения. В этом контексте «Не живи» может быть мишенью психотерапии, когда в качестве неотложной терапии возможна интенсивная эмпатическая работа по принятию и разделению негативных чувств зависимости, вины и стыда.

Чувства, которые испытывает алкоголик на фоне похмельного синдрома, могут служить определенными маркерами психотерапевтических мишеней, которыми в данном контексте становятся обстоятельства получения трагического предписания:

— доминирующее чувство стыда свидетельствует об установке на преждевременную трагическую смерть вследствие негативных моментов раннего детского развития — заброшенности, брошенности, физического и сексуального насилия в детстве;

— чувства безнадежности, тоски и беспомощности свидетельствуют о такой установке, полученной в соответствии с родительскими малоосознаваемыми ожиданиями относительно будущей судьбы ребенка, это попытки инфантицида и аборта, рождение от нежелательной беременности, преждевременное оплакивание;

— чувство вины как следствие суицидальной смерти или увечья близкого, к которым ребенок может прямо или косвенно считать себя причастным: суицид родителей, смерть матери в родах, смерть брата или сестры, с которыми ребенок находился в конкурирующих взаимоотношениях, смерть близнеца;

— чувства страха и тревоги свидетельствуют больше о предощущении близкой неестественной смерти.

Для терапии аутоагрессивного поведения у зависимых от алкоголя и наркотиков лиц ТА располагает рядом простых, понятных и доступных технологий:

1. Трансакция «антитезис», останавливающая и запрещающая аутодеструктивное поведение, исходит из Родительского «Я» терапевта по направлению к деструктивному Детскому «Я» клиента. Например: «Стоп! Прекрати употреблять наркотики!» или «Не прыгай!» (с моста, с балкона и т. д.). Интроецированная трансакция звучит в голове пациента как Родительский голос в момент актуализации опасного поведения и помогает тому принять провитальное решение.

2. Трансакция «договор» используется при заключении анти-суицидального договора или договора, пролонгирующего трезвость. Исходит из рационального Взрослого «Я» терапевта и обращается к Взрослому «Я» клиента.

3. Трансакция «разрешение» (см. гл. 5) учит следовать здоровым, ранее не учитываемым потребностям клиента «жить» и «жить трезво». Разрешения противоречат сценарным посланиям биологических родителей клиента. Трансакция исходит из Заботящегося Родительского «Я» терапевта и обращена к Детскому «Я» клиента, а именно к той его части, которая ответственна за выбор деструктивного жизненного пути (сценария) с целью его сдерживания при предоставлении альтернатив. Для того чтобы интроект терапевта мог конкурировать с интроектами преследующих и обесценивающих Родительских фигур, терапевт в ходе лечебной программы должен доказать, что обладает реальной силой и гибкостью, превосходящей другие Родительские интроекты, то есть фактически доказать, что он сильнее и гибче биологических родителей клиента. Он также должен обеспечить необходимую и постоянную защиту (быть доступным, предсказуемым и последовательным) клиенту, который отказывается повиноваться преследующим Родительским интроектам. В своей книге «Лечение алкоголизма» Клод Штайнер (2004) называет Преследующий экзистенциальную сущность клиента (Ты — сам по себе не ОК) интроект Врагом и приводит терапевтическую программу узнавания Врага и его «вписанность» в гамартический сценарий клиента, разотождествления Врага с эго

клиента, конфронтации Врага, использования позитивного Родительского интроекта в качестве Союзника, а также программу предотвращения «сговора» Врагов, принадлежащих родственникам и друзьям клиента. Клод Штайнер называет борьбу с Врагом «центральным звеном в излечении от алкоголизма» (Штайнер К., 2004. С. 172).

4. Трансакция «перерешение» обеспечивает оптимальные условия: поддержку, защиту, поощрение к активным действиям против ранее принятых сценарных решений. Трансакция направлена от Взрослого «Я» терапевта к наиболее активной и творческой части Детского «Я» клиента с целью стимулирования процесса перерешения аутодеструктивного сценария жизни, принятия нового решения жить автономно. Перерешение осуществляется при использовании регрессивной техники, когда клиент «достигает» возраста первичного травматического события или возраста принятия сценарного решения. Терапевт поощряет клиента оставаться в травматической сцене, противодействовать давлению окружения и действовать по-новому, принимая на себя ответственность за новый выбор. Групповая терапия, обеспечивая клиента «на горячем стуле» максимальной энергией и поддержкой, особенно способствует перерешению (Goulding M., Goulding R., 1979). Техника наиболее эффективна, если травматическое событие можно вспомнить и вербализировать.

5. Эмпатическая трансакция используется для перерешения выборов, сделанных клиентом на довербальном уровне. Интегрирующая трансакция направляется терапевтом с учетом потребности клиента в отзеркаливании, идеализации и уподоблении. С момента открытия «зеркальных» клеток известные методики, установленные эмпирически, получили нейрофизиологическое объяснение.

Психотерапия самопрощением

Алкогольное самоубийство, как показано в гл. 2 и последующих главах, осуществляется в форме убийства своего «Я» или части своего «Я», отвергаемого и презираемого, а также в качестве основного мотива зачастую выступает мотив самонаказания (Шустов Д. И., 2005), в отличие от мотивов протеста, парасуицидальной паузы, вызова, крика о помощи. Согласно Джону Вэббу и соавторам (Webb J. [et al.], 2015), прощение как психотерапевтический метод в клинике зависимых от алкоголя и ПАВ снижает импульсивную агрессивную направленность на свое «Я», тем самым способствуя профилактике суицидов. Поэтому психотерапевтические методы,

ориентированные на прощение человеком самого себя, здесь как никогда актуальны.

Самопрощение — внутренний процесс расставания с обидой, отвращением и негативными упреками по отношению к себе, когда, сочувствуя себе, личность принимает решение относиться к своему «Я» как к оступившемуся, но раскаивающемуся человеческому существу, способному меняться, стремящемуся к личному росту и заслуживающему прощения (Baker M. E., 2007). Самопрощение подразумевает раскаяние за дурной проступок и неоправданный вред, причиненный другим, равно как и желание воссоединиться с собственным «Я», поскольку личность должна обязательно примириться с собой. Таким образом, раскаяние и воссоединение «Я» — ключ к процессу самопрощения. Согласно Керен Гета (Gureta K., 2013), самопрощение сопровождается уменьшением вины и позволяет формировать новую идентичность, свободную от чувства стыда, у матерей, зависимых от наркотиков. Самопрощение может стать фундаментом для повторного знакомства с давно похороненными позитивными сторонами личности и для их воскрешения.

В клинике зависимых имеются и спорные моменты, касающиеся положительной корреляционной связи между самопрощением (здесь: быстрым и легким самооправданием) и нарциссизмом (*цит. по*: Baker M. E., 2007), а у игроков самопрощение может выполнять функцию обновления испорченной лицензии на игру (Squires E. C. [et al.], 2012). Применительно к зависимым курильщикам была выдвинута и подтверждена гипотеза, что повышенный уровень прощения себя за курение был связан с пониженной вероятностью продвижения по стадиям изменения в направлении к стадии действия (Wohl M. J., Thompson A., 2011). Самопрощение как терапевтический метод должно применяться вовремя, с учетом предшествующей работы по деконтаминации (см. гл. 5).

Думается, что методика самопрощения должна применяться на поздних стадиях терапии АЗ, когда прощены родители и окружение и когда возникает настоятельная потребность простить самого себя за не лучший из возможных, но самим сделанный выбор. Вероятно, самопрощение, будучи элементом превенции суицида, должно включать и Родительское интервью (прощение отрицательного Родительского интроекта внутри себя), и холдинг в понимании Дональда Винникота, чтобы поддержать маленькие, даже младенческие селф-репрезентации.

Между тем методика самопрощения применяется как четырехчасовая интервенция и строится на основе пятишаговой модели

прощения REACH¹ Уорthingтона, адаптированной для концепции самопрощения (Worthington E. L., 2006). Так, в работе Майкла Шерера с соавторами (Scherer M. [et al.], 2011) данная модель фокусировалась на прощении зависимыми от алкоголя самих себя, в том числе за несправедливые действия, связанные с агрессивными нападениями на близких, неспособностью соответствовать собственным ожиданиям и стандартам. Модель применялась с целью сокращения или прекращения потребления алкоголя и показала свою эффективность в сравнении с контрольной группой.

¹ REACH (англ. достигать), R (*recall* — вспоминать): участники тренинга вспоминают вред, который был им причинен, и связанные с этим эмоции. Затем участники проводят работу, чтобы почувствовать эмпатию (E — *empathize*) к обидчику, посмотреть на ситуацию чужими глазами и рассмотреть факторы, которые повлияли на действия обидчика. Это делается без оправдания действий другого человека и без обесценивания зачастую сильных чувств, которые они испытывает в результате. В-третьих, участники исследуют мысль о том, что прощение можно рассматривать как альтруистический (A — *altruistic*) дар обидчику. Участники узнают, что прощение можно свободно дать или законным образом удержать, и вспоминают случаи, когда их простили другие люди. В-четвертых, участники принимают обязательство (C — *commitment*) простить. Это включает прощение, которого человек уже достиг, а также обязательство работать на том, чтобы простить больше, осознавая, что это процесс, который требует времени, чтобы полностью «созреть». Наконец, участники стремятся удержать (H — *hold*) или сохранить свое прощение во времени неопределенности или в момент возвращения гнева и горечи (например, им вновь причиняют такой же вред) (Wade N. G. [et al.], 2014).

ТРАНСФЕР И КОНТРТРАНСФЕР

7.1. Проблемы неупотребляющих

На этой стадии лечения пациенты находятся вне интоксикации, многие решили свои алкогольные проблемы, контролируя влечение и бытовые (привычные) триггерные ситуации, многие научились распознавать внутреннего Алкоголика и держать его «на голодном пайке», многие проделали хорошую деконтаминационную работу и инкорпорировали в своего Родителя интроект терапевта так, что он стал достаточной опорой против негативных предписаний биологических родителей.

Позитивное общее, объединяющее всех этих людей, — это достигнутое ими выздоровление первого типа. Все они бросили вызов трагической предопределенности своей судьбы и смогли отказаться от наиболее опасной сценарной траектории жизни. Устойчивая многолетняя ремиссия в течение АЗ — это уже не временная «междузупойная» передышка, а результат серьезного внутриличностного изменения. В большинстве случаев этого изменения достаточно, чтобы либо прекратить психотерапию и остаться «бывшим алкоголиком со странностями»¹, либо забыть все, «как страшный сон», если изменение произошло в еще молодом возрасте², либо поддерживать терапевтический интроект с помощью редких встреч с наркологом, понимая, что собственного личностного ресурса еще не хватает, чтобы полностью перехватить руководство своей жизнью у Родительских интроектов.

Негативное общее, объединяющее этих людей и вместе с тем отделяющее от полностью перерешивших свой алкогольный сценарий, — это так называемые «проблемы позднего выздоровления»,

¹ Про таких иногда довольные жены в сердцах говорят: «Да лучше бы уж пил!», а затем поспешно крестятся: «Не дай Бог!»

² Клод Штайнер (2004) писал: «...встречается множество людей, которые некогда были алкоголиками, но затем вели трезвый образ жизни и не напились или позволяли себе пропустить рюмку либо даже культурно выпить в течение многих-многих лет. Вероятно, они были «Пьяными и Гордыми» (одна из 3 алкогольных игр. — *Авт.*) алкоголиками, в конце концов решившими перестать выражать свои бунтарские, гневные и сексуальные импульсы посредством алкоголя» (С. 41).

описанные Теренсом Горски (2013) и перечисленные в гл. 3 настоящей книги. Эти проблемы можно разделить на 3 группы.

Первая группа отражает функционирование личности либо на основе контрсценария («Я не буду жить по опасному сценарию и следовать предписаниям, полученным мною в раннем детстве, а буду жить по контрпредписаниям, усвоенным мною в подростковом возрасте, которые нравились моим родителям!»). При этом человек стремится не проявлять опасных чувств и избегать конфликтов, выполняя роль миротворца («Будь сильным!»); или быть совершенным в мелочах, избегая гибкости и компромисса («Будь совершенным!»); или развлекать других, отвлекая внимание от трудностей и собственного внутреннего мира («Угождай другим!», «Радуй других!»); или погружаясь в работу, забывая о собственной семье, меняя алкоголизм на работоголизм («Работай!»).

Вторая группа функционирует, находясь в сценарии, но выполняя менее одиозные сценарные предписания, избегая «смертельных». Людям второй группы удалось снизить накал и темп сценария («Если я буду выполнять менее опасные предписания, то мне не надо будет выполнять опасные — такие, как „Не живи“»). Такого рода жизнь ведет Джефф, выполняя предписание «Не будь успешен» в собственных делах; или Джейн — «Не чувствуй», «Не будь близка»; или все тихо улаживающий, невыделяющийся постоянный посетитель групп АА Джеффри, который раз за разом уступает свою очередь говорить о себе — «Не будь важным».

Третья группа — люди, которые продолжают использовать манипулятивные игры, но делают это «на сухую», без участия алкоголя. Например, играя в «Сухого и Гордого», человек реализует свою потребность действовать, не соблюдая правил, выражать свое несогласие даже с правом автоинспектора штрафовать за превышение скорости. Играют по правилам Драматического треугольника, продолжая быть Жертвой и принимая обвинения других людей; или спасая всех нуждающихся и не нуждающихся; или преследуя и обвиняя других в собственных проблемах.

Пройдя путь, описанный в предыдущих главах, пациенты научились не использовать спиртное в качестве регулятора (модулятора и транквилизатора) их внутренних проблем, сделав свою жизнь предсказуемой в хорошем смысле, но они еще не смогли изменить структурную основу зависимого поведения — структуру своей личности. Теперь настал этап, когда в трансферентных взаимоотношениях с терапевтом они будут модифицировать своего внутреннего Ребенка, освобождаясь от искажающего развития прошлого опыта, не обязательно травматического, а скорее привычного опыта приспособления к условиям жизни в родительской семье. Иногда этот

опыт может быть травматичным, иногда нет, иногда кумулятивным — накапливающим неприятность за неприятностью. Опыт формирует структуру личности и поведенческие стереотипы в форме повторяющихся манипулятивных игр (Берн Э., 1994; Штайнер К., 2003) или привычных конфликтов (Люборски Л., 2003). Итогом трансферентной психотерапевтической работы «после анализа игр» будет «освобождение чувств» через телесно ориентированную терапию (Штайнер К., 2004); или достигнутое понимание через экспрессивные техники станет движущей силой изменения, коль скоро повторное переживание проблем ранних взаимоотношений в работе с терапевтом будет эффективным (Люборски Л., 2003); или перерешение, сделанное Маленьким Профессором и интегрированное в новое Взрослое поведение (Гулдинг М., Гулдинг Р., 2001).

Если освобождение Ребенка алкоголика в ходе деконтаминации означает, говоря привычным клиническим языком, лечение невроза у алкоголика, то освобождение Ребенка на трансферентной стадии лечения означает терапию психопатии, или расстройства характера (личности), понимаемую как терапию устойчивых паттернов реагирования на внешнюю реальность, приобретенных в ходе сценарного выбора.

Терапевтические техники адресуются как к вербальному опыту через переживание «классической драмы переноса», так и к невербальному опыту через восстановление когерентности автобиографического нарратива и формирование безопасной вторичной привязанности. Несмотря на такое деление методов, которое отражает «возраст» полученной травмы (или травматического выбора?) в ходе индивидуального развития, общей чертой, объединяющей все методы, описанные здесь, является направленность изменения и его осознание через вербализацию. Для этого терапевт должен «оставаться позитивно включенным в нарциссический мир пациента со всей своей творческой восприимчивостью, поскольку многие переживания пациента в силу их довербальной природы должны постигаться аналитиком эмпатически, а их значение должно быть реконструировано, по крайней мере приблизительно, прежде чем пациент сможет воскресить в памяти (через «наложение») аналогичные более поздние воспоминания и связать текущие переживания с прошлыми» (Кохут Х., 2003. С. 316).

7.2. Психотерапия, ориентированная на вербальные воспоминания в условиях переноса

К данным видам психотерапии относятся методики, основанные на анализе, осознании и интерпретации материала, который пациент может вспомнить (иногда с использованием регрессивных

или гипнотических техник) и вербализовать. Обеспечивая пациента обратной связью, терапевт может помочь клиенту осознать истоchnики и повторяемость проблемного поведения с целью их коррекции или отказа следовать им. Следуя меткой метафорой Фрейда, можно сказать, что в сердцевине этих методик лежит известная метаморфоза: «Где был Ид, там будет Эго» (*цит. по:* Люборски Л., 2003. С. 38).

Среди многочисленных ориентированных на работу с переносом методик мы выделим четыре, показавшие свою эффективность у зависимых клиентов: 1) анализ игр; 2) психоаналитическую краткосрочную поддерживающую экспрессивную психотерапию Лестера Люборски (2003); 3) эмпатические психотерапевтические техники, восполняющие дефициты развития и объектных отношений, — техники, ориентированные на различные виды индивидуального и группового парентинга; 4) терапию принятием нового решения Мэри и Боба Гулдингов (1979, 2001).

Игры абстинентов

Следует иметь в виду, что игры «на сухую» — необходимый элемент структурирования «свободного» времени, которое высвободилось, чуть только зависимый отказался от интоксикации, и которого становится все больше по мере упрочения трезвого образа жизни. Игры «защищают» от интимности, к которой бывший зависимый еще не готов, а подчас и не знает о самой возможности функционирования на уровне интимности. И все же положительная функция игр «на сухую» очевидна: это функция совладания с безумием интоксикации. Понятен страх и абстинентов, и наркологов, что несвоевременная конфронтация игрового поведения может нарушить установившийся баланс. Понятно, что те и другие игнорируют реальность того, что долговременная ремиссия немислима без серьезной и устойчивой внутриличностной перестройки на стадии деконтаминации, как и факторы времени, взросления, появления множества новых видов деятельности (способ структурирования времени), а также игнорируют восстанавливающуюся с каждым месяцем трезвости врожденную тенденцию к выздоровлению. И все же сами абстиненты крайне редко настаивают на продолжении реструктурирующей личность терапии еще и потому, что после, например, пяти лет полного воздержания от употребления психоактивных веществ такая терапия не выглядит как продолжение прежней, а выглядит скорее «новой психотерапией» и уж никак не психотерапией алкогольной зависимости.

Игра «Сухой и Гордый» названа так по аналогии с игрой, описанной Клодом Штайнером под названием «Пьяный и Гордый»¹ (Steiner С., 1974), а также в связи с его предположением об остаточном характере этой игры у «бывших» (Штайнер К., 2004) (см. выше).

Игра «Абстинент» представляет собой что-то среднее между играми «Пьяница» (Steiner С., 1984) и «Калека» («Деревянная нога») (Berne Е., 1964). Игра предполагает реализацию внутренней депрессии и беспомощности с помощью серии транзакций и поведенческих актов, выраженных знаменитым тезисом «Что вы хотите от такого Калеки (Абстинента), как я?». Пациенты, играющие в эту игру, выглядят несколько измученными, субдепрессивными и виноватыми. Игра позволяет социализироваться в «пьющем» обществе, отказываться от настойчивых и навязчивых алкогольных предложений и в то же время быть понятным активным алкоголикам, которые зачастую занимают доминирующее положение в микросоциуме (авторитетный родственник, начальник по работе и др.). О том, что демонстрируемая депрессия «измученных нарзаном»² не носит эндогенного характера, который якобы вышел «наружу», будучи ранее прикрытым алкоголизацией, свидетельствует об их способности быть удивительно успешными на работе и менять жен (собственное наблюдение).

Название игры «Спасатель» говорит само за себя. Именно об этой части членов сообщества АА писал Э. Берн как об организации профессиональных спасателей, которые запивают тогда, когда некого больше спасать. Следовательно, используя эту игру, члены сообщества неосознанно стимулируют срыв ремиссии (в том числе и собственной), когда нет новичков — точек приложения их спасательской активности. Смысл 12-го шага³ АА: «Чтобы сохранить, нам надо отдавать» (Горски Т., 2013. С. 73) — предлагает членам сообщества использовать помощь и просвещение новичков как способ удерживания собственного выздоровления. Возможно, какая-то

¹ В комментариях к пьесе «На дне» Горький писал артисту И. А. Тихомирову о будущей его роли Актера: «Это человек, который в первом акте с гордостью говорит: „М-мой организм отравлен алкоголем!“ — потому говорит с гордостью, что хоть *этим* хочет выделить себя из среды серых, погибших людей. В этой фразе — остатки его чувства человеческого достоинства» (Горький М., 1979b. С. 339).

² Фраза пьяницы-монтера из советского плутовского романа И. Ильфа и Е. Петрова «Двенадцать стульев» (1927).

³ Двенадцатый шаг АА: «Достигнув духовного пробуждения, к которому привели эти шаги, мы старались нести эту весть другим алкоголикам и применять эти принципы во всех наших делах» (Горски Т., 2013. С. 73).

часть членов сообщества действительно бессознательно использует эту модель, однако эта модель вряд ли носит выученный в сообществе характер — скорее, она была изначально присуща данной личности. Мы наблюдали случай похожего «спасения» в более примитивном варианте, когда алкоголик, сформировавший ремиссию на ранней стадии социального контроля, собственник гаража, с готовностью и за свой счет угощает вином своих прежних собутыльников — подчиненных шоферов, признаваясь, что испытывает поддерживающее его чувство превосходства и сознания своей силы. Переключение из Спасателя в Преследователя происходит, когда один из непотрезвевших шоферов разбивает его машину.

Двенадцатый шаг, однако, предлагает помогать только тогда, когда помогающий достиг «духовного пробуждения», что позволяет ему отличать профессиональную помощь со всей ее контрактной атрибутикой от духовно ориентированной, основанной на вере в Бога помощи, когда спасение может осуществляться и вне контрактных рамок, то есть без прямой просьбы о спасении. Это уже действительно способ духовного окормления, который подразумевает смирение, послушание и выход за рамки собственного «Я» спасающего, способ, свободный от товарно-денежных контрактных отношений. Там, где вовлечение в помощь другому, новому члену сообщества происходит не постепенно и без учета собственного продвижения на пути выздоровления, есть условия для манипулятивных игр и попыток «мести не свою сторону улицы»¹.

Отметим и еще один вариант этой игры, названный нами «Поставщик на излечение». Этот вариант встречается среди достигших выздоровления первого типа. Один из наших клиентов со сроком абстиненции в 12 лет — Петр — время от времени рекомендует одного из авторов своим знакомым алкоголикам в качестве терапевта. То же самое делает Иван, имеющий восемнадцатилетний срок абстиненции. Рекомендации выздоровевших клиентов — хороший источник поступления новых клиентов, что обеспечивает также и вдохновляющий терапевтический старт для них. Вместе с тем имеются определенного рода этические сложности для терапевта, когда выздоровевшие клиенты рекомендуют своих ближайших родственников или даже друзей, с которыми у них есть интенсивные, в том числе и игровые, взаимоотношения. Обычно в таких случаях терапевт в «идеальном» варианте должен объяснить бывшему клиенту проблему «двойных взаимоотношений», например

¹ «Мести свою сторону улицы» — афоризм АА, выражающий ответственность члена терапевтического сообщества в первую очередь за собственное выздоровление.

останавливаясь на возможной соревновательной мотивации его родственника, что будет накладывать на выздоровевшего дополнительные обязательства, или, наоборот, срыв терапевтической ремиссии у новопролеченного может негативно сказаться на продолжающихся терапевтических взаимоотношениях между терапевтом и продвинутым клиентом. В таких случаях терапевт рекомендует родственнику других известных ему терапевтов «на выбор» или организацию, в которой тот мог бы получить квалифицированную помощь. Однако такой алгоритм выдерживается не всегда даже опытными терапевтами, которые идут навстречу «искренним пожеланиям» их бывших хороших клиентов (идеализирующий контрперенос) либо избегают фрустрировать их, опасаясь ухудшить терапевтические взаимоотношения. Иногда проблема несоблюдения профессионального алгоритма имеет чисто техническую природу. Например, завершение терапии и расставание было нечетким, смазанным, когда терапевт, констатируя выздоровление первого типа, открыто не приглашает клиента продолжать терапию на новых контрактных условиях, а затем, если клиент долгое время отсутствует, считает, в отличие от клиента, процесс завершенным и, следовательно, не видит этической дилеммы в том, чтобы принять на лечение родственника давно завершившего терапию клиента. Мы не раз убеждались и на собственном примере, и на примере коллег, что индивидуальная психотерапия у одного терапевта людей, находящихся между собой в интенсивных взаимоотношениях, непредсказуема, то есть содержит внутри себя множество бессознательных интересов ее участников, которые невозможно учесть.

Но возвратимся к случаям Петра и Ивана. Петр, случайно встретив терапевта на улице через полтора года после своего последнего визита в офис, стал просить вылечить от алкогольной зависимости его родного брата тем же самым методом и на тех же самых условиях, что и его 10 лет назад. Терапевт уезжал в отпуск и сказал Петру, что по возвращении через несколько недель он сможет принять его брата, а пока, до его возвращения, брат Петра мог бы обратиться за поддержкой к другому терапевту, пройти дезинтоксикацию и др. Через несколько месяцев терапевт узнает, что Петр и его брат не стали ждать его возвращения из отпуска и прошли опосредованную плацебо-ориентированную терапию у другого врача и что у них все сейчас в порядке. Еще через полгода Петр по телефону рассказал терапевту, что его брат «сорвался», выпил, не пришел в назначенный срок за профессиональной помощью и умер от сердечного приступа. Петр сожалеет, что они тогда, год назад, не стали ожидать возвращения терапевта. Несмотря на смерть брата, развод, новый брак и еще ряд стрессовых событий, Петр не утратил

трезвости. Через год он позвонил (также за два дня до отпуска терапевта) и попросил принять на лечение его очень близкого еще со школы друга. Терапевт не был против и снова, как в случае с братом Петра, не настаивал на очной встрече (или очном телефонном разговоре) с интересантом. Петр и его друг посетили офис терапевта в его отсутствие и снова, как и полтора года назад, не стали ждать его возвращения из отпуска и руководствоваться данными им инструкциями, решили лечиться у другого терапевта. Об этом решении терапевт узнал, специально позвонив в офис. Столь нелогичное (ведь первый случай завершился трагически) «повторение» навело на мысль об особой заинтересованности Ребенка (Маленького Профессора) Петра в том, чтобы близкие и дорогие ему люди *не* лечились у того же самого терапевта, поскольку гипотетически в случае неуспеха такого лечения эмоции разочарования и гнева, направленные на терапевта, могли бы сказаться на качестве его собственной новой, дорогой ему, трезвой жизни. Хочется предполагать именно такую скрытую трансакцию. С другой стороны, философия Спасания подразумевает существование Жертвы, и мы знаем случаи, когда зависимые, поддерживающие длительную трезвость, сохраняли ее, даже несмотря на срывы терапевтической ремиссии в их ближайшем окружении, подчеркивая, что срыв «другого» только укрепляет их собственную решимость и веру в собственные силы.

Между тем Иван, необычайно чуткий к алкогольным проблемам других человек, который регулярно приводил малознакомых ему людей для противоалкогольной терапии, привел на терапию сына, который к тому времени, когда отец обратил на него внимание, уже страдал развернутой стадией алкогольной зависимости в сочетании с употреблением кодеинсодержащих препаратов. Думается, что стратегии Спасания самого себя, которое организует Маленький Профессор¹ зависимых лиц, находящихся в длительной

¹ Автор лечил от АЗ слабоумную женщину О. (27 лет, с диагнозом дебилности в слабой степени, имеет психически здорового ребенка 7 лет, зачатого от неизвестного отца), которая проживала с тяжело пьющей матерью. О. поддерживала трезвость в течение 7 лет, находясь в поле зрения терапевта и прибегая к регулярным ежеквартальным поддерживающим сессиям. О., Маленький Профессор (В₁) которой не сильно отличался от ее простодушного Взрослого (В₂), совершенно четко разделяла собственную трезвость и алкоголизм матери. Взрослый О. также совершенно четко понимал и использовал преимущества, которые получила О., заботясь о сыне — ученике первого класса обычной средней школы. По примеру дочери курс антиалкогольного лечения получила мать и смогла поддерживать терапевтическую ремиссию в течение 2,5 года (в это время они ездили на поддерживающие сеансы вместе). Срыв терапевтической ремиссии у матери не сказался на абстиненции дочери.

терапевтической ремиссии, не всегда носят безупречный и безопасный характер. И это еще раз убеждает в необходимости движения в сторону выздоровления второго типа.

«Полужертва» — игра, которую ведут остановившиеся на половине пути «алкаши». Напомним, что «Алкаш» — аутодеструктивная игра, выигрышем в которой является неестественная преждевременная смерть или как необходимый этап увечье или другое повреждение тканей тела (Steiner С., 1984). В нашем случае пациент М. поддерживает двадцатидвухлетнюю трезвость (с тремя рецидивами длительностью не больше двух-трех недель каждый), опираясь на помощь контролирующей созависимой жены, и лечит гепатит С, полученный, по семейной легенде, на сеансе плазмафереза, назначенного терапевтом (терапевт, по словам жены, несет «маленькую» часть вины и ответственности за это). У другого пациента — С. — на фоне длительной ремиссии алкогольной зависимости был диагностирован рак легкого, удачно прооперирован, так что С. даже не прекратил курить. И М., и С. с завидной регулярностью посещают поддерживающие сеансы длительностью не более 30 минут один раз в 6 месяцев, обязательно в сопровождении жен (после операции на легком жена С. перестала сопровождать мужа). Тлеющая зависимость «прорывается» раз в 3—5 лет у М. и раз в 6 лет у С., однако, несмотря на тяжелые запои, новых поврежденных тканей им удается избежать, как удается избежать развода и неприятностей на работе. Ни один из этих и им подобных пациентов-«полужертв» не прекращает лечения алкогольной зависимости, не заявляет о своей излеченности и необходимости завершения. Выигрыш для Маленьких Профессоров «полужертв» (и Маленьких Профессорш их жен), по нашему мнению, состоит в удерживании на приемлемом уровне баланса «здоровье — нездоровье», а остаточные игровые трансакции, гневные или депрессивные, и периодические легко купируемые срывы приносятся в жертву безжалостному Молоху гамартического сценария, бдительность которого им удалось усыпить. Каждый визит жена М. вместе с небесспорными с точки зрения благодарности трансакциями передает терапевту бутылку недорогой водки «к празднику!».

«За» и «против» когнитивной психотерапии «сухих» игр

Терапевту необходимо принять ответственное решение: лечить игру или не лечить.

«За» *легение*. Психотерапия «сухих» игр необходима для продвижения к выздоровлению второго типа, а также для понимания динамики собственного сценария и окончательного отказа от самых

деструктивных его дериватов. Безусловным показанием для лечения игры служат завуалированные деструктивные стратегии, затрагивающие близких пациента и могущие, будучи непроясненными, нанести пациенту как прямой, так и косвенный непоправимый вред.

Сама терапия может строиться на прежних, ранних терапевтических основаниях, включать в себя обсуждение игровых стратегий с прояснением подтекста и патологических выигрышей. Терапевт дает обратную связь в форме осторожных, уважительных и основанных на доказательствах интерпретаций игрового поведения, ожидая проявления истинных чувств Ребенка клиента, возможно, не вскрытой еще боли, которые, эмпатически встреченные терапевтом, интегрируются во Взрослое понимание всей ситуации в целом, а также в контекст взаимоотношений «терапевт — клиент». Именно здесь самое время говорить о выздоровлении второго типа, поскольку ограничения выздоровления первого типа становятся очевидными.

«Против» *легения*. Всегда следует иметь в виду, что выздоровление первого типа, поведенчески выраженное «сухими» играми, — это хорошего качества компромисс между зависимостью и окончательной автономностью. Этот компромисс — выбор, сделанный человеком на протяжении большого отрезка его жизни, а установившееся состояние предсказуемости и безмятежности жизни, безусловно, удовлетворяет его и его близких людей, за это они будут бороться и всячески препятствовать рискованным вмешательствам. Вспомним, например, подарок терапевту в виде водки — токсического для мозга вещества, сделанный прошедшей алкогольные «огни и воды» женой абстинента. Действительно, риск лечения трудно оценить однозначно. Даже если мы видим признаки игры в виде двойных транзакций¹ или внутрличностных переключений,

¹ Двойные транзакции, или транзакции с «двойным дном», используются в манипулятивных играх и содержат 2 рода сообщений: на социальном уровне — социально приемлемое сообщение, а на психологическом уровне — манипуляционное. Сообщение на психологическом уровне зачастую не осознается участниками диалога или понимается ими по-своему, неоднозначно, в соответствии со своим сценарием. О наличии скрытых транзакций свидетельствуют испытываемые участниками ракетные чувства растерянности, депрессии, неудовлетворенности, протеста, т. е. чувства, которые не соответствуют характеру сообщения на социальном уровне. Например, нетрезвый клиент встречает женщину-терапевта на скользкой осенней улице и протягивает ей цветы: «Это от всей души!» Терапевт, предпочитая не заметить нетрезвость клиента, отвечает: «Спасибо, я тронута!» При передаче цветов клиент падает, «случайно» увлекая терапевта в лужу. На психологическом уровне Ре клиента говорит, обращаясь к Р терапевта: «Ну, что, видишь, как я тебя сделал?» Терапевт, попадая в Жертву и в переносном, и в прямом смысле, оказавшись в луже, говоря из эго-состояния Ре: «Я всего лишь пытался помочь».

без полного понимания психодинамики игры следует лучше наблюдать, чем действовать. Вспоминается пациент, похожий на «незаметного Джеффри» из книги Теренса Горски (2013), который вот уже в течение 24 лет приходит на десятиминутные поддерживающие сеансы, говорит «здравствуйте», «все хорошо», «ничего не нужно», «когда прийти в следующий раз» и уходит, прощаясь. Что стоит за его визитами и какие слова должны быть произнесены, чтобы пригласить его двигаться дальше? Мы пока не знаем.

Поддерживающая экспрессивная психотерапия Лестера Люборски

В основе поддерживающей экспрессивной психотерапии лежат диагностика и анализ центральной конфликтной темы взаимоотношений (ЦКТВ), то есть сформированного в детстве способа проблемного общения, который затем переносится во взрослое настоящее, определяя поведенческие и коммуникационные трудности, а также дублируется во взаимоотношениях «терапевт — клиент». Автор метода Лестер Люборски отметил повторяющиеся элементы в рассказах пациентов о себе и других людях, в которых пациент акцентировал внимание на том, что (1) он хотел бы получить от других людей, (2) как реагировали другие люди и (3) как пациент отвечал на их реакции. Отмеченную последовательность Люборски назвал «эпизодом взаимодействия». Выявляя множество «эпизодов взаимодействия» из материалов записанных на диктофон сессий, рассказов пациента и рассказов персонала об их опыте взаимодействия с пациентом, Л. Люборски (понятно, что эту работу могли делать и делали позднее независимые эксперты и наблюдатели) выделял типичные, наиболее часто встречающиеся «эпизоды», называя их ЦКТВ. Большинство людей с болезнями зависимости имеют особенно негативные ожидания от установок других людей по отношению к ним, хотя непонятно, что первично — эта реакция или заболевание. В любом случае они подкрепляют друг друга. Ниже приведены примеры утверждений (по SAMHSA, 1999), отражающих реакции других людей, по мнению зависимого человека:

«Все меня ненавидят».

«Меня просто используют».

«Люди смеются надо мной».

«Никто не понимает, как я себя чувствую».

«Все хотят, чтобы я был кем-то, но не собой».

«Они просто ждут, когда я попаду впросак».

Ответы на реакции других у зависимых лиц отражали их само-репрезентацию:

«Я так глуп и легковверен».

«Я ничего не могу сделать как надо».

«Если я не буду употреблять наркотики, я сойду с ума».

«Я не могу себе помочь».

«Я не очень приятный и честный человек».

Третий компонент ЦКТВ — *желание* (1) — зависит от особенностей личности пациента. Распространенным желанием зависимых является продолжение употребления алкоголя и наркотиков без необходимости страдать от его физических и психосоциальных последствий. Пациенты хотели бы, чтобы другие принимали, любили или ценили их такими, какие они есть, а им не пришлось бы отказываться от удовольствия и выгод употребления (Levenson H. [et al.], 1997). Зависимые упорно, всеми силами держатся за инвалидирующие роли в психологических играх, чтобы сохранить привычные «выигрыши»: отрицают наличие заболевания и связанных с ним проблем, выставляют себя беспомощной жертвой обстоятельств и других людей, поддерживают негативный перенос в терапевтических отношениях (врач как преследующая фигура, которую нужно обхитрить), всячески отказываясь нести ответственность за поведение, которое и вызвало необходимость обратиться за помощью.

На основе ЦКТВ Л. Люборски предложил свою психодинамическую и ограниченную во времени модель терапии пациентов с зависимостью, в том числе героиновой и кокаиновой (Luborsky L., 1984; Woody G. E. [et al.], 1995; Crits-Christoph P. [et al.], 2008). Цель лечения — помочь пациентам обрести понимание своих моделей ЦКТВ в контексте поддерживающих отношений с психотерапевтом. Было показано, что точная интерпретация ЦКТВ положительно связана с результатами психотерапии, в том числе поддержанием и усилением терапевтического альянса (Crits-Christoph P. [et al.], 1988; 1993; 2010). Поддерживающая экспрессивная психотерапия ориентирована в первую очередь на облегчение симптомов и ограниченное изменение характерологических черт, причем под симптомами понимаются «дорогостоящие» стратегии совладания, возникающие в контексте проблем в отношениях (Luborsky L., 1984; Book N., 1998). Терапия включает два основных компонента: 1) *поддерживающие техники*, позволяющие клиентам чувствовать себя свободно и комфортно при обсуждении личного опыта, а также усиливающие терапевтический альянс; 2) *экспрессивные техники* (интерпретации), позволяющие пациентам выявлять проблемы и

работать с ними в межличностных отношениях (Luborsky L., 1984). Кроме того, выделяется и третий компонент — *освоение* (Grenyer B. F. S. [et al.], 1995), предполагающий, что в принимающей и доверительной, поддерживающей атмосфере с помощью точных интерпретаций психотерапевта пациент начинает «осваивать» повторяющиеся межличностные проблемы и проблемы, связанные с употреблением наркотиков. Освоение включает в себя развитие понимания себя и формирование навыков самоконтроля в контексте межличностных отношений и ЦКТВ. Эффективность индивидуальной поддерживающей экспрессивной психотерапии была подтверждена у пациентов метадоновых программ, имевших психиатрические проблемы (Luborsky L. [et al.], 1985; Woody G. E. [et al.], 1987; Woody G. E. [et al.], 1995). В раннем исследовании пациенты с синдромом зависимости от опиоидов и психиатрическими проблемами средней степени тяжести, получавшие терапию Люборски в дополнение к индивидуальному консультированию по вопросам наркозависимости, значимо улучшали результаты лечения по сравнению с пациентами, получавшими консультирование и КБТ: у них значительно снизился уровень депрессии, улучшился уровень психологического функционирования, улучшилась ситуация с трудоустройством по количеству отработанных дней и вырученных денег (Luborsky L. [et al.], 1985; Woody G. E. [et al.], 1987). Также было продемонстрировано, что по сравнению с пациентами, получавшими только консультирование по вопросам наркозависимости и его медикаментозного лечения, пациенты в группе поддерживающей экспрессивной психотерапии снизили употребление кокаина и метадона, а также дольше сохраняли результаты лечения (Woody G. E. [et al.], 1995).

В целом поддерживающая экспрессивная психотерапия может использоваться на любом этапе психотерапии зависимых. В контексте темы длительной абстиненции нас интересует диагностика ЦКТВ и составляющие ее эпизоды взаимодействия как реальный инструмент для изменения устойчивых патологических паттернов функционирования личности.

7.3. Эмпатические психотерапевтические техники, восполняющие дефициты развития и объектных отношений, — техники, ориентированные на различные виды индивидуального и группового парентинга

Поверхностные конфликты переносятся и анализируются через интерпретации, приводящие к осознанию. Внутриличностные конфликты, которые сохранили свою актуальность к переходу от первого ко второму типу выздоровления, определяют характероло-

гическую структуру личности зависимого и «закладываются» на разных стадиях развития. В психиатрической литературе специфические (соответствующие ведущей личностной организации) переносы и конфликты рассматриваются как коморбидные по отношению к алкогольной зависимости. И это создает проблему: искусственно разделяются наркологическая и психиатрическая (психоаналитическая) патологии. Так, психотерапевт может начать лечить личностную патологию, игнорируя употребление алкоголя этой самой личностью, а нарколог будет склоняться к применению психиатрических техник лекарственной терапии. Нам же представляется, что лечение личностного расстройства у зависимого пациента, находящегося вне употребления долгое время, — это продвижение ко второму типу выздоровления.

Конечно, на предшествующих стадиях лечения осуществляется работа с перенесенным в терапевтическое пространство материалом, где личностные проблемы «смешивались» с алкогольными в формах особенностей и связи употребления алкоголя с колебаниями настроения или истерическими поисками внимания. С точки зрения переноса на предшествующих стадиях терапевтам приходилось учитывать личностную проблематику зависимых и прорабатывать ее, а становление первой стадии выздоровления вследствие такой работы означало, что личностная проблематика перестала быть триггерной, то есть перестала подпитывать патологическое влечение к алкоголю и формировать соответствующую конфликтную атмосферу для выпивки с целью «самолечения» и «самокоррекции». Как долго может существовать равновесие между нейтрализованным новообразованием алкогольного «Я» и личностной проблемной структурой? Иногда очень долго. Но обратимся снова к метафоре профессора Ю. В. Валентика об алкогольной зависимости как о пожаре на торфяном болоте, который бушует в глубоких подземных слоях без огня и дыма снаружи, но выгоревший под землей пласт может обрушить любую постройку. Подземным огнем может стать тяжелая личностная патология и лежащие в ее основе неустраиваемые в ранних отношениях с родителями потребности. Эти потребности подлежат лечению (воспроизведению и проживанию) на этой стадии в форме различных видов группового парентинга. К ним относятся специально структурированные методы групповой терапии, групповой терапии в сообществах — реабилитационных центрах и группах АА.

Стержнем, который объединяет все эти методы терапии дефицитов нормального развития, является эмпатический подход (Кохут Х., 2003; Роджерс К., 2002).

Ранняя патология «Я», будь то нарциссический дефицит позитивных идеализирующих и отзеркаливающих объектов, либо дефицит амбивалентности пограничных клиентов, либо ранние потери в антисоциальных контактах, — лечится в условиях эмпатического переноса, который отличается от классического меньшей степенью ранней интерпретации¹. В отношении наркологических пациентов для осуществления эмпатического отражения более эффективен групповой подход. Групповой подход простирается от групп с жестко устанавливаемыми границами (ограничение свободного выхода и входа), в которых пациенты, лишенные вызывающих интоксикацию и примиряющих с травмами в структуре «Я» веществ (даже кофеина и никотина), в поддерживающем окружении в первый раз встречаются (через перенос) с собственными дефицитами развития, от которых невозможно убежать, невозможно заменить их «нехимической» формой (или еще как-то совладать с ними), так что их приходится выражать и выдерживать, получая помощь и облегчение в результате их эмпатического отражения терапевтами и консультантами; до групп добровольного посещения, например, Двенадцатишаговых групп АА, где дефицит отзеркаливающих интроектов восполняется через разделение с другими похожего опыта. Дефицит идеализирующих интроектов восполняется через приемлемую идеализацию спонсора и присоединение (иногда через слияние) к «шагам»; дефицит интроектов, сообщающих чувство подобия и равенства (близнецовый интроект), восполняется через опыт взаимопомощи — структуру «мы» и «поддержку равных». Как известно, Боб Смитт и Билл Уилсон² — отцы-основатели групп АА — стали развивать эту систему, когда обнаружили, что трезвый разговор в группе себе подобных лечит. Другой аспект этого открытия состоит в констатации того факта, что алкогольная зависимость —

¹ В настоящее время данное положение не бесспорно. Так, Пер Хегленд и соавторы (Höglend P. [et al.], 2008) установили, что психодинамическая психотерапия с интерпретацией переноса показала результаты лучше и устойчивее (катамнез 3 года), чем та же психотерапия без интерпретации переноса как раз у пациентов с более серьезными и долго существующими личностными проблемами. Тот же коллектив авторов в рамках Первого экспериментального исследования действия переноса — *First Experimental Study of Transference Work* (Hersoug A. G. [et al.], 2014) привели данные, что у пациентов с более качественными объектными отношениями и лучшим качеством терапевтического альянса результаты терапии с использованием интерпретации переноса оказались хуже, чем у больных с серьезными личностными расстройствами. Оба этих исследования не касались аддиктивных пациентов.

² «Доктор Боб и славные ветераны» — биография и воспоминания первых участников сообщества АА (Alcoholics Anonymous, 1980).

во многом патология взаимоотношений, лечить которую вне взаимоотношений с «равными» (терапевтом, консультантами, выздоравливающими, новыми и старыми родственниками) проблематично. Эмпатия — это способ, который выявляет дефициты взаимоотношений, причем с открытием «зеркальных» нейронов стал известен и нейрофизиологический механизм этого выявления: обозначенный «дефицит» в форме нереализованной, не встреченной потребности начинает сигнализировать так, что у сонастроенного (мотивированного и обученного¹) терапевта появляется подобная же активность в соответствующих нейронах, и он становится «обладателем» невербализованного, существующего только на уровне ощущений опыта клиента. Подобную закономерность в клинике отмечал еще Карл Густав Юнг, когда писал, что перенос возникает в тот момент, когда происходит искусственное усиление привычного провала адаптации клиента (Jung C., 1946).

Взаимоотношения, раз начавшись с рождения или даже до рождения, имеют динамику и изученную психоаналитическую структуру. Эта структура определяется последовательностью потребностей, необходимых для нормального развития. Потребности должны быть распознаны или «встречены» матерью и/или «ухаживающими другими», отражены очень специфическим способом² и преобразованы из «импульса» желания в психический образ. Столь сложное материнское отражение импульсов ребенка и их преобразование в психический феномен называется ментализацией (Allen J. G., Fonagy P., Bateman A., 2008). Встреченные должным образом потребности способны продвигать взаимоотношения между ребенком и матерью на более качественный и зрелый уровень. При этом повы-

¹ Эффект зеркальных нейронов сказывается на способности к эмпатии через подражание и переживание похожих состояний — «эффект хамелеона» (Chartrand T. L., Bargh J. A., 1999), имитацию выражений лица и позы и воплощенное модулирование — представление и выражение эмоциональных состояний партнера, сопереживание (Singer T. [et al.], 2004). Отметим, что система зеркальных клеток поясной коры связана с лимбической системой через передний островок (инсулу) и амигдалу, что обуславливает самое широкое вовлечение различных (вербальных и невербальных) сторон опыта.

² Ребенок должен «понять», что специфическая или уникальная реакция матери на его импульс (желание или потребность) была вызвана исключительно его импульсом (желанием или потребностью), а не была результатом каких-то процессов у самой матери. Только после такого отражения ребенок будет считать считанную с матери ментальную (психическую) реакцию своей, обозначающей психическим языком (образом) его импульс (желание или потребность). Это как узнавание самого себя в зеркале, только зеркалом служит, согласно Доналду Винникоту, «достаточно хорошая» мать (Winnicott D. W., 1953).

шается и качество ментализации, а, следовательно, становится более качественным и психический аппарат. Потребности, которые не были встречены или были встречены частично, что наблюдается чаще, называют дефицитарными, и они обуславливают не только трудности во взаимоотношениях, но и искажения процесса ментализации. Клинически искажения ментализации проявляются в ряде известных феноменов, таких как слабость «Я», малое количество объект-репрезентаций, трудности с вербализацией потребностей и чувств (алекситимия), аутизация.

Эмпатическая терапия подразумевает установление таких взаимоотношений между терапевтом и клиентом, в которых бы выявлялись «невстреченные» потребности; терапевт мог бы их акцентировать, прислушиваясь¹ к собственным чувствам и мыслям, отразить, сформировать пространство «для их размещения» вне его психики и предоставить клиенту недостающее в новом, уникальном контексте.

Подобная работа сложна. Ее осуществление в отношении зависимых от алкоголя лиц подразумевает философию и техники, которые противопоказаны находящимся в процессе употребления алкоголя, то есть не прошедшим деконтаминацию и разотождествление с внутренним Алкоголиком² клиентам. Поэтому хорошей контрактной основой для такого рода работы, как и показанием для ее осуществления в индивидуальном сессинге, является факт длительного поддержания клиентом трезвости.

Принципы работы с составляющими потребностями во взаимоотношениях³

Потребности во взаимоотношениях выделяет Ричард Эрскин, основываясь на работах Хайнца Кохута и Даниэла Стерна (Кохут Х., 2003; Stern D., 1985; Moursund J., Erskine R., 2003). Потребности, будучи не удовлетворены, проявляются в соответствующем типе переноса «дефицита интрапсихической структуры» (Кохут Х., 2003). Различают по крайней мере восемь таких потребностей: 1) потребность в безопасности (человек должен знать, что взаимо-

¹ «Прислушиваясь» к работе зеркальных нейронов.

² Например, диалектическая бихевиоральная психотерапия пытается преодолеть этот условный запрет в отношении зависимых пограничных клиентов с аутоагрессивными тенденциями. Либо эти техники применяются под защитой жесткой структуры реабилитационных центров.

³ В тексте может быть прослежен интегративный методологический подход, разработанный Дженифер Мак-Намарой (Великобритания), представленный в виде лекции в г. Кисловодске (июнь 2010).

действие и все с ним связанное безопасно); 2) потребность быть оцененным в результате общения с заботой и уважением; 3) потребность в принятии другим; 4) потребность во взаимности (потребность быть рядом с понимающим человеком, который заинтересован в поддержании общения и разделяет ваш образ мыслей); 5) потребность в самоопределении (потребность быть уникальным, где уникальность должна быть оценена и принята другими); 6) потребность влиять на другого, изменяя его чувства, мысли и поведение; 7) потребность испытывать влияние другого, что подчеркивает его желание находиться рядом с вами; 8) потребность выражать заботу и любовь.

Мы подробнее остановимся на пяти первых потребностях, особенно важных для зависимых лиц, характеризуя некоторые причины, повлекшие за собой их дефицитарность, перенос, который они формируют, а также эмпатически ориентированные терапевтические направления, учитывающие динамику продвижения по пути выздоровления.

1. Потребность в безопасности (человек должен знать, что взаимодействие и все с ним связанное безопасно) проявляется через сливающийся перенос (*merger*) и попытки установить монадные взаимоотношения. Мы писали о проявлениях этого переноса, когда говорили о попытках глубокой интоксикации¹ с неконтролируемыми физиологическими отправлениями с целью достижения состояния «нового начала» (Balint M., 1973), нового безопасного места. Попытки слияния с терапевтом проявляются в желании узнать о его личной жизни, детях, в попытках «войти в дом». Отрицательный вектор этого переноса может проявляться в обучении детей нарколога употреблению ПАВ, провокационном поведении, оценивающем надежность терапевта («бросит — не бросит»), а также отражающем потребность в безусловном принятии: так, деликвентные, асоциальные подростки ищут «надежную базу»² во взаимоотношениях с социальными институтами с их жесткими правилами для того, чтобы социализировать и ограничивать свои агрессивные импульсы (Бриш К. Х., 2012).

Основная психотерапевтическая работа при этом типе переноса — формирование терапевтом вторичной надежной привязанно-

¹ В России Николая I — Александра II приставам предписывалось оценивать состояние пьяниц по критериям «Бесчувственный», «Растерзанный и дикий», «Буйно-пьяный», «Просто пьяный», «Веселый», «Почти трезвый», «Жаждающий опохмелиться» (Ляшенко Л. М., 2010).

² *Secure base* — термин Боулби (Бриш К. Х., 2012).

сти¹, безопасной базы, создающей условия для аффективного «нового начала». Так, подходы, ориентированные на создание вторичной безопасной привязанности, говорят о надежности, предсказуемости, доступности (во временном, пространственном и эмоциональном измерениях), использовании «переходных объектов» (Winnicott D., 1976). С позиций теории симбиотических отношений (Schiff J. L. [et al.] 1985) возможно поддержание симбиотических отношений и участие в «кормлении» и «груминге». Дженни МакНамара (2010) говорит и о «потребности родиться в руки матери» как составляющей потребности в безопасности, поэтому тактильный контакт и телесно-ориентированная терапия, описанная Штайнером для лечения алкоголиков (Штайнер К., 2003), будут восполнять и подобный дефицит.

2. Потребность быть оцененным формирует отзеркаливающий перенос, при котором терапевт исполняет роль зеркала, одобряющего и восхищающегося эксгибиционизмом и грандиозностью пациента (Кохут Х., 2003). Проявления эксгибиционизма и грандиозности в интоксикации, когда интоксикация «растворяет» стыд и проявляет извращенные дефицитарные формы самопрезентации, общеизвестны. Терапевтическая работа, формирующая здоровую грандиозность и любовь к собственному телу, предполагает, помимо их тактичного принятия, осторожную интерпретацию сопротивлений пациента раскрытию своей грандиозности и установление с ним обратной связи на основе того, что его грандиозность и эксгибиционизм когда-то играли некую роль, соответствующую фазе развития, и о том, что и теперь они должны быть допущены в сознание (Кохут Х., 2003). В этом смысле самой распространенной ошибкой являются попытки интерпретации проявлений грандиозности и их конфронтации в терминах «нездоровый эгоцентризм» и «самолюбование», в призывах к скромности. При этом целительный процесс постепенной реабилитации проявлений «самости» («Я») и тела через интроспекцию зрелого образа восхищающегося ими терапевта приостанавливается, инфантильные патологические «Я», презентации (фантазии при отсутствии адекватного отражающего объекта — любящей и восхищающейся способностями и телом

¹ Наши исследования свидетельствуют, что у пациентов с АЗ преобладают ненадежные виды привязанности, особенно у пациентов, имеющих родителей, страдающих АЗ. Качество привязанности положительно коррелирует с длительностью терапевтических ремиссий. Ненадежная привязанность положительное коррелирует с аутоагрессивным поведением, тогда как надежная привязанность имеет значение антисуицидального фактора (Федотов И. А., Шустов Д. И., 2014; 2015).

ребенка матери), сохраняются вместе со связанным с ними стыдом публичного разоблачения несовершенства клиента.

Клод Штайнер раскрывает ряд предрассудков, или выученных и применяемых без критики форм поведения, которые он назвал «экономикой поглаживаний» и которые позволяют людям виртуозно избегать отражающих условных и безусловных¹ стимулов (поглаживаний) (Штайнер К., 2003). Он считает, что мы скорее следуем, чем не следуем, передаваемым из поколения в поколение сообщениям: не давай поглаживаний, когда их надо давать; не напрашивайся на поглаживания, когда ты в них нуждаешься; не принимай поглаживания, когда ты в них нуждаешься; не отвергай поглаживания, когда ты в них не нуждаешься; не давай поглаживаний самому себе.

Две концепции ТА — о поглаживаниях и обесценивании — особенно актуальны в отношении отзеркаливания. Человек нуждается в стимулах как реакция на его существование, причем самых разнообразных: положительных и отрицательных, вербальных и невербальных, условных и безусловных, чтобы определить, «есть ли он вообще?» (а для этого достаточно и пинка или болезненного удара, не обязательно ласкового поглаживания матери), «какой он?» (позитивные поглаживания сообщают об «окейности», а негативные о «не-окейности»; позитивные безусловные — самые ценные — сообщают о его желанности для матери и ухаживающих лиц, а безусловные отрицательные стимулы, в особенности невербальные, — это и есть предписание «Не живи»), «правильно ли он ведет себя». Условные поглаживания регулируют эти вопросы, когда за правильное поведение человека хвалят, а за неправильное дают условные отрицательные поглаживания. Другой принцип этой концепции — «лучше отрицательные поглаживания, чем никаких» — объясняет любое проблемное поведение: когда человек испытывает дефицит позитивных поглаживаний, он начинает «собирать» негативные. Отказ от дачи поглаживаний называется обесцениванием того, что делает клиент, или обесцениваем самого клиента. Обесценивание подразумевает отзеркаливание пустоты, «ничто». Когда человек попадает в такую ситуацию, он начинает активно искать привычные поглаживания, создавая соответствующие ситуации. Способ, с помощью которого человек собирает привычный и знакомый банк поглаживаний, называется игрой (например, «Сухой и

¹ Условные поглаживания — это позитивное или негативное реагирование на результат сделанного человеком; безусловные поглаживания — это позитивное или негативное реагирование на человека как на личность, как на обладателя «Я» (Прим. авт.).

Гордый»), а игра отражает и продвигает патологический сценарий жизни. Клод Штайнер (см. Стюарт Я., Джойнс В., 1987) предложил эффективный инструмент оценки потребности в привычном сценарном отзеркаливании и способности терапевта отзеркаливать с помощью дачи поглаживаний или отказа в них. Этот инструмент называется «профиль поглаживаний» (табл. 10). С помощью «профиля» терапевт может определить для себя зоны, в которых он игнорирует (или чрезвычайно скуп) в отношении дачи поглаживаний, их встречи, а также собственные потребностные зоны. Клиент может сознательно регулировать эту очень тонкую физическую и экзистенциальную сферу, лежащую в основе взаимоотношений. Чтобы избежать игнорирования, надо всякий раз встречать любые стимулы, исходящие от клиента, вербальные и невербальные, и отражать их через дачу поглаживаний (в случае зеркального переноса — хвалить и восхищаться), а если стимул, исходящий от клиента, непонятен, прояснять его прямыми вопросами: «Что означает этот вздох?», «Я вижу твое возбуждение, скажи, пожалуйста, о чем оно свидетельствует?», «О, я не среагировал на твое прекрасное тату? Извини, это правда здорово выглядит!».

3. Потребность в принятии другим (терапевтом) формирует идеализирующий перенос. Этот один из ранних переносов, описанных Х. Кохутом, отражает дефицит безусловно позитивной, любящей и идеализирующей фигуры в детстве клиента. Идеализация другого (терапевта) предполагает «создание» некоего идеального объекта, с помощью которого можно справляться с унижающими и обесценивающими Родительскими объектами-интроектами. Клиент идеализирует и способности терапевта, и его личность, и все с ним связанное. При этом терапевтическим инструментом будет способность терапевта выдерживать и не конфронтировать лесть, отвечать на позитивные поглаживания позитивными поглаживаниями и всячески демонстрировать надежность. Х. Кохут предостерегает от отвержения идеалистического переноса из-за чувства неловкости у терапевта, когда вытесненные фантазии его грандиозного «Я» вдруг приобретают актуальность.

«Не так важно, является ли отвержение идеализации пациента резким... или едва заметным... или — что случается чаще всего — оно завуалировано корректными, но преждевременными генетическими и динамическими интерпретациями (например, преждевременным привлечением внимания пациента к идеализированным фигурам из его прошлого или указанием на его враждебные импульсы и высокомерие, которые, возможно, лежат в основе идеализирующих представлений). Отвержение может выражаться в едва заметном излишнем стремлении аналитика к объективности или

**Профиль поглаживаний конфронтирующего терапевта,
испытывающего негативный контрперенос**

Частота	Как часто Вы даете другим (+) поглаживания?	Как часто Вы принимаете (+) поглаживания?	Как часто Вы просите других о желаемых Вами (+) поглаживаниях?	Как часто Вы отказываетесь да- вать (+) поглаживания, которые ждут от Вас?	Баллы
Всегда					+10
					+9
Очень часто					+8
					+7
Довольно часто					+6
					+5
Часто					+4
					+3
Редко					+2
					+1
Никогда					+0
	ДАВАТЬ	ПРИНИМАТЬ	ПРОСИТЬ	ОТКАЗЫВАТЬ	

Никогда									-0
									-1
Редко									-2
									-3
Часто									-4
									-5
Довольно часто									-6
									-7
Очень часто									-8
									-9
Всегда									-10
									Как часто Вы отка- зываетесь давать (-) поглаживания?
									Как часто Вы про- сите других прямо или косвенно о (-) поглаживаниях?
									Как часто Вы принимаете (-) поглаживания?
									Как часто Вы даете другим (-) поглаживания?

в его голосе, в котором не чувствуется тепла; оно может также проявляться в тенденции к подшучиванию над восхищающимся пациентом или в высмеивании нарциссической идеализации в добродушной и шутливой манере» (Кохут Х., 2003. С. 285).

В период «отвода» идеализирующего переноса с терапевта возможны критика, придирчивость и нападки на него со стороны клиента, которые будут резко контрастировать с прежней идеализацией: «Он (терапевт. — *Авт.*) поймет динамическую взаимосвязь между нападками на него пациента, ослаблением идеализирующих катексисов и постепенным усилением... интернализованных нарциссических структур (например, идеалов пациента)» (Кохут Х., 2003. С. 291).

Одним из показателей проработки идеализирующего трансфера является нарастающее осознание пациентом границ не только человеческой компетенции терапевта, но и его профессиональной компетенции, а также перенос этого понимания на ограниченность собственной компетенции. Контакты клиента станут более безопасными для него в плане выполнения роли всемогущего Спасателя и, следовательно, реальными. Карло Мойзо (Moiso С., 1985) показателем достижения терапевтической цели у нарциссического пациента считал инкорпорированное им разрешение «быть обычным».

4. Потребность во взаимности (потребность быть рядом с понимающим человеком, который заинтересован в поддержании общения и разделяет ваш образ мысли) имеет истоки в так называемом близнецовом переносе: «Патогномоничная терапевтическая регрессия характеризуется тем, что пациент предполагает, что по своим психологическим качествам аналитик либо совсем не отличается от него, либо во многом на него похож» (Кохут Х., 2003. С. 133).

Применительно к проблемам выздоровления близнецовый перенос проявляется в реакциях уподобления терапевту (или спонсору, или организации, или сообществу) и формального подражания в манере держаться, одеваться, говорить, иметь соответствующие гаджеты. Иногда после 3—4 месяцев стационарного (внутри реабилитационного центра) воздержания от употребления алкоголя близнецовый перенос выражается в желании стать волонтером или консультантом¹, а иногда в требованиях и псевдо-Взрослых обсуж-

¹ Многие реабилитационные центры, склонные к образованию сетевой структуры (в чем нет ничего плохого), пополняют свой штат за счет этого переноса. Например, один из консультантов, который, со слов им поддержанных реабилитантов, лечит примером и утверждением, что срыв — это большой опыт, действительно, в очередной раз падая с высоты консультанта, поднимался до полугодичной ремиссии, пока не умер от случайной передозировки наркотика. Думается также, что описанный здесь круг отражает еще более общий

дениях гарантированной «достойной платы» за свой будущий труд. Суть реакций уподобления состоит в принятии клиента себе подобными, например, в совместную игру с целью внутреннего подтверждения и укрепления Самости (эго), в получении убеждения, что он действительно подобен большинству и достоин, как и все, уважения. Блинецовый перенос на более поздних стадиях выздоровления в этом аспекте может актуализироваться в связи со смертью прошедшего лечение друга или «брата по реабилитации». Например, нам известен случай героинового наркомана П. с десятилетним стажем трезвости, которого спас близкий друг, тоже героиновый наркоман, оказав первую помощь при остановке дыхания. Пройдя реабилитацию и утвердившись в новом помогающем статусе консультанта, П. пригласил на реабилитацию своего спасителя и ребят из прежнего круга, однако безрезультатно, его спаситель и многие друзья умерли, что не повлияло на трезвость П. и его великодушие к другим реабилитантам. Действительно, прошедшие реабилитацию тщательно следят за судьбой своих новых друзей (в основном через социальные сети) и не всегда «срыв друга» вызывает цепную реакцию. Интересны данные о том, что, возможно, количество (не качество!) друзей в социально-коммуникативной сети может определяться генетически и что при потерях (например, вследствие переезда в университетский город из школы) старых друзей молодой человек легко восполняет их количество новыми¹ («постоянного в друзьях — только их количество» (Хомячкова Е., 2014)). Подобные данные могут частично объяснять эти феномены, а также внушать надежду, что всегда возможно сменить круг и повысить качество отношений.

5. Потребность в самоопределении (потребность быть уникальным, и уникальность должна быть оценена и принята другими) отражает потребности ребенка на стадии сепарации-индивидуации. Очень важная стадия, которая определяет пограничную личностную структуру, когда родитель в силу ряда причин не отпускает ребенка, предпочитая симбиотические взаимоотношения, причем так, что ребенок в конечном счете направляет огромное количество энергии для заботы² о Ребенке Родителя (рис. 15) вместо того, чтобы направить эту энергию на отделение, индивидуацию и установление новых взаимоотношений с партнером.

круг, когда блинецовый перенос и подражание поставляют в реабилитационные центры клиентов.

¹ Увы, старый друг *не* лучше новых двух!

² Родители часто делают своих детей «надежной базой», и дети часто берут на себя роль регулятора степени удаленности родителей, например, забывая (Бриш К. Х., 2012).

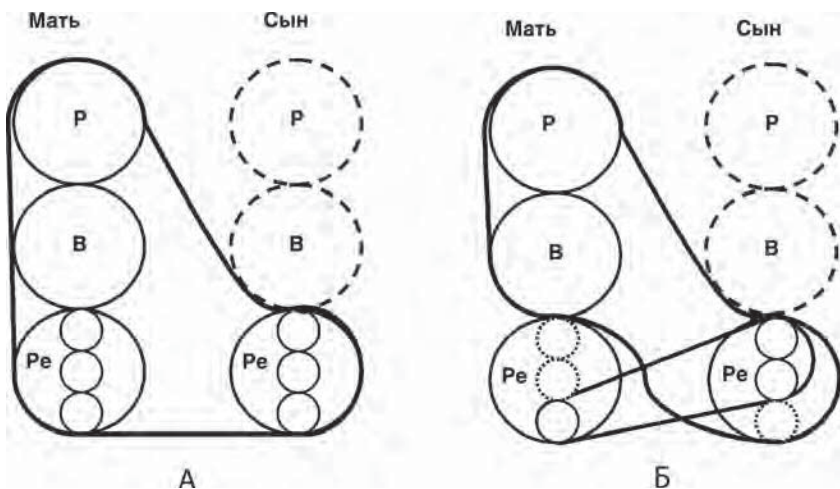


Рис. 15. Естественный и неестественный симбиозы между Родителем и Ребенком (пунктиром показаны обесцениваемые (игнорируемые) эго-состояния):

А — естественный симбиоз между матерью и сыном, где мать инвестирует сыну своих P и B, пока его собственные P и B не сформируются при воспитании и взрослении;

Б — неестественный симбиоз между матерью и сыном, где мать вместе с заботой и защитой предлагает сыну защищать ее «внутреннего» соматического Ребенка и заботиться о нем

Условием любой успешной терапии зависимого, находящегося в симбиотических отношениях с родителями (чаще с матерью), является физическое их разделение, значение которого понятно (приводится огромное число примеров, подтверждающих «беспольные» родительские хлопоты и «наглуую» пассивность взрослого «отпрыска»), но самому отделению сопротивляются обе стороны. Иногда должно произойти насилие, при котором пограничная ярость прорывается наружу, или попытка самоубийства, чтобы необходимость физического дистанцирования наконец была осмыслена и признана. Быстрые парентинговые методики, предлагаемые реабилитационными центрами, немислимы без сепарации от родителей: в некоторых центрах ограничивают и телефонное общение с ними. Реабилитанта приглашают к самообслуживанию: «реанимируют» почти утраченные бытовые навыки, навыки социальной коммуникации внутри небольшого коллектива, предлагая новое Родительское содержание, например, в виде лозунгов, коллективной этики, элементов религиозного мировоззрения. Делается это с це-

лью восстановления более или менее нормального функционирования индивида, а также с целью укрепления его собственных Родительских и Взрослых структур, которые будут препятствовать воспроизведению симбиотических отношений. По нашему мнению, минимум того, что должна добиться реабилитационная программа, — это полное физическое отделение зависимого от родительской семьи. Можно долго рассуждать о возможностях, финансировании, «квартирном вопросе», если не осознавать при этом патологического защитного характера этих рассуждений. Там, где симбиотические отношения были столь глубоки, что не смогли обеспечить и минимума здоровой индивидуации, например, при психозах или при инвалидизирующих личностных расстройствах, в техниках регрессивного репарентинга восстанавливать (или лучше — формировать) утраченные навыки начинают чуть ли не с детского возраста с параллельным уничтожением Родительской программы, а то и самого эго-состояния Родитель, формируя его заново (Schiff J. L. [et al.], 1975; Clarke J. I., Dawson C., 1998).

Что касается результатов этого переноса на поздних стадиях выздоровления, то чаще они проявляются в борьбе с авторитетными фигурами, с требованием перемен, то есть напоминают подростковое поведение. Поэтому существуют сложности дифференцирования этого процесса от актуализации поведенческого компонента патологического влечения к наркотику.

Репарентинг в терапевтических сообществах

Терапевтические сообщества (ТС) для лечения наркологических заболеваний представляют собой свободную от психоактивных веществ среду, в которой люди с проблемами зависимости ведут организованный и структурированный образ жизни для реализации изменений, которые позволят им достигнуть выздоровления и реинтеграции в общество (Vanderplasschen W. [et al.], 2014). Основное отличие ТС от других моделей лечения заключается в использовании самого сообщества (лечащего персонала и выздоравливающих) в качестве инструмента («агента»), или метода (De Leon G., 2000. P. 92). При этом выздоравливающие члены сообщества на период лечения являются полноправными «хозяевами» среды, поскольку ТС становится их домом, они участвуют в процессе принятия решения, а также в обеспечении жизнедеятельности сообщества. Таким образом, члены сообщества, получая соответствующие структурированные психосоциальные воздействия и участвуя в неструктурированной общинной деятельности, изменяют свои модели мышления, поведения и эмоций, связанные с употреблением психоактивных веществ. Процесс лечения обозначается как *реабилитация* — пере-

обучение и восстановление прежнего уровня психического и физического здоровья, социального функционирования и ценностной системы — для пациентов, которые ранее были успешно адаптированы в обществе, работали, учились, поддерживали отношения в семье, и *абилитация* — обучение азам навыков поведения, заботы о себе, установкам и ценностям адекватного функционирования в социуме — для пациентов, которые ранее вели дисфункциональный образ жизни (NIDA, 2002). Вторым важнейшим принципом является принцип «самопомощи» и «взаимной самопомощи», отражающий главные черты позитивного социального и семейного окружения (De Leon G., 2000), когда выздоравливающий принимает ответственность за свое выздоровление и впоследствии частичную ответственность за выздоровление других: выступает в качестве ролевой модели для новичков, подавая позитивный пример выздоровления и соответствия системе ценностей ТС.

На данный момент некоммерческая ассоциация ТС США и Канады объединяет около 600 ТС, а в Европе интервенции, относимые к ТС, используют 1200 лечебных программ (Vanderplasschen W. [et al.], 2014). Примерами организаций, использующих принципы ТС в России, являются различные реабилитационные центры (Центр здоровой молодежи, «Здоровая страна» и др.), а также психотерапевтические стационары, работающие по таким программам, как континуальная психотерапия Ю. В. Валентика (2001).

В одном из последних обзоров эффективности ТС для лечения наркологических заболеваний, основанном на данных 16 рандомизированных контролируемых и квазиэкспериментальных исследований (в США) и 14 обсервационных исследований (в Европе), показано, что лечение в ТС способствует снижению употребления ПАВ и вовлеченности в криминальную деятельность, а также положительно влияет на показатели трудоустройства, социального функционирования и общее состояние психического здоровья (Vanderplasschen W. [et al.], 2014).

Достаточно высокая эффективность ТС обусловлена следующими специфическими терапевтическими факторами (Кооупан М., 2013):

1. Замещающая семья, предоставляющая безопасную среду для роста и развития.
2. Последовательная философия — понятная, объяснимая и разделяемая всеми резидентами.
3. Терапевтическая структура — безопасная среда с немногочисленными, но строгими правилами, в которой резидент учится принимать и нести ответственность и справляться с ошибками.

4. Баланс между терапией, автономностью и демократией. Терапия не заменяет личную ответственность, а демократия не чинит препоны терапевтическому процессу. Автономность индивида ограничена членством в группе.
5. Социальное научение с помощью социального взаимодействия (проба разных ролей, инсайты в результате обратной связи).
6. Обучение в результате кризиса — реинтеграция опыта после устранения кризиса способствует взрослению.
7. Терапевтический эффект всех видов деятельности — работы, учебы, общения.
8. Ответственность индивида за свое поведение, признание потребности в помощи, обращение за ней и помощь другим.
9. Повышение самооценки за счет достижений — уменьшение страха перед «провалом» и отвержением за счет постепенной десенситизации.
10. Интернализация позитивной системы ценностей — честность, конфронтация и критика негативного и саморазрушающего поведения и установок.
11. Конфронтация поведения — вербализация внутреннего конфликта и конфронтация подобного поведения у других. Признание, что конфронтация не означает отвержения и направлена на поведение, а не на личность.
12. Позитивное давление со стороны «равных», позволяющее воздерживаться от употребления ПАВ.
13. Обучение пониманию и выражению как негативных, так и позитивных эмоций в процессе установления и поддержания контактов.
14. Изменение негативных установок по отношению к себе и другим на позитивные (изменение «самоисполняющихся пророчеств»).
15. Улучшение отношений в семье происхождения за счет проработки «незавершенных дел» с родителями в символической форме (метод «двух стульев», ролевая игра) и в процессе реальных семейных сессий.

В связи с позицией Э. Берна (Selavan A., 1990) попытки интеграции психотерапии в ТС (в то время сообществ АА) с ТА были предприняты уже после его смерти. Основные отличия АА и ТА касались взгляда на возможности полного излечения от АЗ, широкого использования манипуляционных игр (иногда и позитивных игр), в которых сообщество АА могло выполнять роль Спасателя, а также меньшей поддержки автономности, поскольку АА не настаивает на усилении позиции Взрослого, предлагая длительные

симбиотические отношения (Selavan A., 1976) — заметим, как альтернативу «злокачественным» симбиотическим отношениям в семье. Однако сходства в подходах было отмечено больше: это и абсолютно отличный от посланий биологических семей набор новых Родительских посланий, предлагающих пациенту измениться; это и контрактный метод; и использование большого количества позитивных стимуляций — поглаживаний — как безусловных (экзистенциально важных), так и условных (за позитивную деятельность); это и структура, поддерживающая трезвость и позволяющая в глубокой психотерапевтической работе разрешить основной конфликт (Selavan A., 1976; Lippert F. A., 1976). Содержание этой работы наиболее полно раскрывается в процессе репарентинга (создания нового Родителя) в ТА, который успешно применила для лечения психотиков в рамках закрытого ТС Джеки Ли Шифф (Schiff J. L. [et al.], 1975). Супруги Джеймс и Сандра Ноче и Томас Мак-Леллан (Noce J. S. [et al.], 1981) в рамках ТС для лечения АЗ оценивали репарентинговую функцию ТС. В ходе исследования 156 мужчин в рамках реабилитационной программы ТС и 11 человек лечебного персонала было показано, что родительская функция ТС заключалась в коллективном контроле и предоставлении коллективной заботы, то есть в формировании позитивных изменений за счет предоставления адекватного контроля, разрешений и защиты. Было подтверждено, что метод коллективного родительства (репарентинга) эффективен для лечения алкогольной зависимости в рамках ТС (Noce J. S. [et al.], 1981). Значительное долгосрочное исследование ТА как рабочего инструмента в ТС для зависимых (в основном от амфетаминов и героина) было сделано в Швеции под руководством Томаса Олссона (Ohlsson T., 2001; 2002). Используя транзакционно-аналитическую модель обучения и дидактической терапии персонала ТС (Ohlsson T. [et al.], 1984), в течение 1990—1998 гг. он оценил эффективность предложенной модели на 105 клиентах и 86 терапевтах десяти ТС. Было констатировано, что ТА являлся центральным лечебным фактором в ТС, что клиенты, участвовавшие в 80 и более групповых терапевтических сессиях, отмечали более выраженное улучшение в течение последующих двух лет ($p < 0,001$); выраженное улучшение показали и те, у кого терапия была более последовательной ($p < 0,001$), а также те, у которых терапевт был более компетентен ($p < 0,02$)¹.

¹ Компетентность в ТА оценивается по мере прохождения непрерывного профессионального тренинга с промежуточными экзаменами, проводимыми интернациональной командой экзаменаторов (EATA Training and Examination Handbook, 2014).

Основную роль в «родительствовании» в реабилитационных центрах и других ТС для зависимых берут на себя консультанты из числа выздоравливающих. Репарентинг применяется ими на «общинном» стихийном уровне без специального обучения консультантов. Тем не менее, являясь одной из самых весомых обязательных частей терапевтической программы любого ТС (как было показано выше, на «родительствование» приходится более 25 % терапевтической нагрузки), репарентинг требует большого вложения психических ресурсов и пациента, и «родительствующей» фигуры. Учитывая данные о высоком количестве рецидивов среди консультантов реабилитационных центров (38 % согласно исследованию Jones T. [et al.], 2009), можно предположить, что «наивная» психотерапия является одним из факторов, которые приводят к «выгоранию» консультантов наряду с постоянным соприкосновением с ПАВ-ассоциированными стимулами, с возможными контактами с бывшими «друзьями» по употреблению в ТС, с работой в больших объемах по сравнению с «не-зависимыми» консультантами, с давлением «стигмы» зависимого при общении с другими лечащими специалистами с «высокой квалификацией» и т. д. (Doukas N., Cullen J., 2011). Отметим и замечание Фернандо Аррозейва (Arroyave F., 1986) о том, что проблемы переноса и контрпереноса в работе с зависимыми от ПАВ клиентами отличаются от проблем в работе с независимыми клиентами, поскольку даже с точки зрения психоанализа термин «зависимость» относится не только к психоактивному веществу, но и к зависимости от любого лица или деятельности, которые приносят клиенту удовольствие и облегчение от психической боли. Насколько готовы консультанты к такой замещающей функции, тем более что «Аддикт» любые отношения будет рассматривать через призму отношений с веществом¹, как консультант сможет разделить эти два процесса: один конфронтировать, а другой поддержать, — большой вопрос. Процессы контртрансфера консультантов требуют качественного и постоянного супервизионного отражения (McKinney J., Thomas R., 2010). Еще на одном интересном аспекте останавливаются Джеймс Мак-Кинни и Рик Томас (McKinney J., Thomas R., 2010). Они замечают, что, если клиент был принужден к выздоровлению силой закона или по настоянию семьи, перенос клиента на консультанта будет предполагать бессознательное перенаправление чувств, основанных на прошлых отношениях, которые инициировали принудительное лечение.

¹ Многие это понимают, однако количество браков между консультантами имеет тенденцию к росту, несмотря на негласный запрет таких отношений.

Этот опыт может стать позитивным феноменом. Юнг предполагает: «Связь, устанавливаемая в переносе, — какой бы тяжелой и мало-понятной она ни казалась — жизненно важна не только для индивидуума, но и для общества, для морального и духовного развития человечества. Так что когда консультанту приходится сражаться с трудными проблемами переноса, по крайней мере он может утешиться этими мыслями. Он работает не просто на благо конкретного клиента, который может быть весьма малозначим, но и в том числе на благо себя самого» (Jung C., 1946. P. 234, 235).

Вариант группового амбулаторного парентинга

Рассел Оунс и Джин Иллсли Кларк (Osnes R. E., Clarke J. I., 1998) предложили модель групповой терапии, в которой клиенты при помощи терапевтов создают специфические позитивные эпизоды репарентинга, разрешая их внутри терапевтической группы. Предпочтительное количество участников — 12 человек, продолжительность — 3 ч (хотя, конечно, время можно варьировать). Также предполагается, что терапевтических сессий может быть столько, сколько требуется, чтобы каждый из участников прошел требуемое парентинговое восстановление на каждой из 7 стадий развития (Levin P., 1982; Clarke J. I., Dawson C., 1998). В ходе групповой работы каждый из участников исполняет роль клиента или терапевта-Родителя (терапевта выбирает клиент, основываясь на своем желании получить родительство именно от этого члена группы), причем в течение одной групповой сессии участник не может выполнять обе роли в одной паре. Профессиональный групповой терапевт облегчает процесс, предлагая теоретическую основу (например, стадии развития; признаки, по которым можно судить, что проблемы клиента соответствуют этой стадии; парентинговую активность, адекватную каждой стадии) (см. табл. 11), способствует заключению контрактов, обеспечивая участников обратной связью и, конечно, безопасным протеканием возрастной регрессии.

Стадии развития и соответствующая им парентинговая активность приведены в табл. 11.

7.4. Перерешение и автономия

Перерешение, или редисижн, было предложено супругами Бобом и Мери Гулдинг (1979—2001) в качестве быстрого терапевтического метода, способного реструктурировать личность и воздействовать на сценарий. Авторы, основываясь на теории Эрика Берна, справедливо полагали, что если решение о следовании тому или иному сценарию принимает Взрослый в Ребенке (В₁) или Маленький

Стадии развития, проблемы, связанные с недостатком парентинга на каждой стадии, и адекватные парентинговые послания

Стадии развития*	Проблемы стадий*	Терапевтическое поведение, помогающее «вырасти снова»*	Адекватные Родительские послания**
Стадия 1. Существование (0–6 мес.)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Не доверяют другим. ▪ Хотят, чтобы другие знали, что им нужно, не спрашивая. ▪ Не знают, что им нужно. ▪ Ни в чем не нуждаются, чувствуя оцепенение. ▪ Не доверяют другим помогать им. ▪ Избегают прикосновений, или навязчиво прикасаются, или не получают радости от сексуальных прикосновений. ▪ Не хотят раскрывать информацию о себе, особенно негативную 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Принимать теплую ванну или лечебный массаж. ▪ Петь колыбельные маленькому ребенку в себе. ▪ Больше обниматься. ▪ Закрывать глаза. Представить себя ребенком. Если бы идеальные папа и мама увидели этого ребенка сейчас, то что бы они сказали? Что бы они сделали? Сделать это или попросить кого-нибудь, кто вас любит, сделать или сказать вам это. ▪ Сделать что-нибудь, чтобы ваш дом стал удобнее 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Я рад, что ты живой. ▪ Ты принадлежишь этому миру и месту. ▪ Твои потребности важны для меня. ▪ Я рад, что ты — это ты. ▪ Ты можешь расти так, как ты хочешь. ▪ Ты можешь испытывать все чувства. ▪ Я люблю тебя и добровольно забочусь о тебе
Стадия 2. Деятельность (6–18 мес.)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Чувствуют скуку. ▪ Отказываются начинать новое. ▪ Чрезмерно активны или чрезмерно спокойны. ▪ Избегают делать что-либо, пока не научатся делать это в совершенстве. ▪ Навязчиво аккуратны. ▪ Не знают, что они знают. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Исследовать свой дом, ползая на коленях, отмечая, как по-другому выглядят вещи. ▪ Попросить друга пригласить вас куда-нибудь, где вы не были раньше. ▪ Исследовать несколько безопасных предметов. Трясти их, нюхать, пробовать на вкус, смотреть, слушать, представлять. Концентрацию 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ты можешь исследовать и экспериментировать, а я буду поддерживать тебя. ▪ В процессе исследования ты можешь использовать все свои чувства. ▪ Ты можешь повторять определенные действия столько раз, сколько тебе необходимо.

Стадия развития*	Проблемы стадий*	Терапевтическое поведение, помогающее «вырасти снова»*	Адекватные Родительские послания**
Стадия 3. Мышление (18—36 мес.)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Думают, что не имеют безопасности, поддержки и защиты — это нормально ■ Излишне бунтуют (лезут в драку). ■ Стремятся быть скорее правыми, чем успешными. ■ Задираются и используют гнев, чтобы скрыть страх или печаль. ■ Думают, что мир вертится вокруг них. ■ Боятся гнева в себе или в других. ■ Говорят «да» или «нет» не думая. ■ Боятся сказать «нет», позволяя другим доминировать. ■ Не прямо выражают гнев через свое поведение (пассивно-агрессивны) 	<p>внимание на предметах. Подумать, что вы чувствуете, когда изучаете знакомые предметы новым способом.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Исследовать новые таланты, пишу, занятия или культурную среду. ■ Поехать на работу новым путем ■ Сделать «список нет» — того, чему вам важно сказать «нет», и сказать этому «нет». ■ Достать новый кулинарный рецепт или инструкцию, как собрать что-либо. Следовать инструкции в точности. Попросить трех человек сказать вам, как хорошо вы это сделали. ■ Сделать что-нибудь для развития памяти: прочитать книгу об этом, посетить семинар и практиковать полученные знания. Выбрать 7 вещей, которые вам нужно вспомнить, и вспомнить их 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ты можешь знать, что ты знаешь. ■ Мне нравится, как ты растешь, учишься и проявляешь инициативу. ■ Я люблю тебя и когда ты активен, и когда ты спокоен ■ Я рад, что ты начинаешь думать самостоятельно. ■ Это нормально, что ты зависишь, но я не позволю тебе ранить себя или других. ■ Ты можешь говорить «нет», отталкивать и пытаться нарушить ограничения столько раз, сколько необходимо. ■ Ты можешь учиться думать самостоятельно, а буду думать за тебя. ■ Ты можешь знать, в чем ты нуждаешься, и просить помощи. ■ Ты можешь отделиться от меня, а я буду продолжать тебя любить

<p>Стадия 4. Идентичность и Сила (Власть) (3–6 лет)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Чувствуют необходимость быть в позиции власти. ▪ Боятся или отказываются использовать власть. ▪ Не уверены в адекватности своей личности. ▪ Не уверены в своей идентичности – определяют себя через работу или взаимоотношения. ▪ Чувствуют навязчивость в отношении достижений. ▪ Злоупотребляют необычной одеждой или поведением. ▪ Часто сравнивают себя с другими и чувствуют потребность опередить их. ▪ Хотят или ожидают волшебных решений проблем 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Сделать список из 10 дел, которые вам нравятся делать. ▪ Устроить маскарад или пойти на маскарад. ▪ Присоединиться к мужской группе, если вы мужчина, или к женской группе, если вы женщина. ▪ Говорить и думать о том, как вы представляете себе половые роли. ▪ Разузнать о другой работе или карьере. ▪ Написать историю, начинающуюся словами «В своей следующей жизни я буду...». ▪ Узнать о хороших манерах в другой культуре 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ты можешь исследовать, кто ты, и можешь выяснять, кто другие люди. ▪ Ты можешь быть сильным и в то же время просить помощи. ▪ Ты можешь пробовать исполнять разные роли и события быть сильным. ▪ Ты можешь знать о последствиях своего поведения. ▪ Я хорошо отношусь ко всем твоим чувствам. ▪ Ты можешь знать, что мнимо, а что реально. ▪ Я люблю тебя таким, какой ты есть
<p>Стадия 5. Структура (6–12 лет)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Чувствуют, что обязаны входить в группу, или хорошо функционируют только как одиночки. ▪ Не понимают пользы привил. ▪ Не понимают, какую свободу могут дать правила. ▪ Не желают проверять свои ценности или моральные принципы. ▪ Хотят обязательно быть местными королями или королевами 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Вступить в какой-нибудь клуб и изучить местные правила. ▪ Посмотреть телевизор в течение вечера и составить список моральных принципов и ценностей, которые будут представлены. Сравнить количество рюмок алкоголя и чашек кофе или чая, легких напитков и воды, эпизодов насилия и эпизодов заботы. ▪ Очистить и привести в порядок что-нибудь: шкаф, ящики стола, ящик для рукоделия, ящик для инструментов, гараж 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ты можешь подумать, прежде чем скажешь «да» или «нет», и можешь учиться на своих ошибках. ▪ Ты можешь доверять своей интуиции, чтобы помочь себе принимать решения. ▪ Ты можешь найти способ делать то, что приносит тебе пользу. ▪ Ты можешь выучить правила, которые помогут тебе жить рядом с другими людьми

Стадии развития*	Проблемы стадий*	Терапевтическое поведение, помогающее «вырасти снова»*	Адекватные Родительские послания**
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Доверяют мышлению группы больше, чем собственному мышлению и интуиции. ▪ Полагают, что они должны что-то сделать без того, чтобы знать, изучить или чтобы их научили, как это сделать; ▪ Отказываются учиться новому или быть продуктивными 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Изучить новую систему организации. ▪ Получить новый навык 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ты можешь научиться, когда и как не соглашаться. ▪ Ты можешь думать за себя и получать помощь, а не жить в дистрессе. ▪ Я люблю тебя, даже когда мы разные; мне нравится расти вместе с тобой
Стадия 6. Идентичность, сексуальность и отделение (12—19 лет)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Озабочены сексом, своим телом, одеждой, внешностью, друзьями или половыми ролями. ▪ Не уверены в своих ценностях, уязвимы к давлению сверстников. ▪ Чувствуют проблему в том, чтобы начать или закончить работу, роль или взаимоотношения. ▪ Чрезмерно зависимы или отчуждены от других людей. ▪ Безответственны. ▪ Чувствуют проблематичность в том, чтобы принимать 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Написать сочинение со слов «То, чего я хочу достигнуть в своей жизни, — это ...». ▪ Сделать что-нибудь ради дела, в которое вы верите. ▪ Вести долгие беседы с наставником о том, что для вас важно. ▪ Обзавестись новой прической, одеждой, поменять внешность. ▪ Посмотреть романтический фильм или спектакль, прочитать сексуальную книгу. ▪ Отделиться от человека, который вас ранит. ▪ Войти в поддерживающую группу 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ты можешь знать, кто ты, и приобретать навыки для независимой жизни. ▪ Ты можешь узнать различие между сексом и воспитанием и нести ответственность за свои нужды и поведение. ▪ Ты можешь развивать свои интересы, отношения и мотивы. ▪ Ты можешь научиться использовать старые навыки по-новому. ▪ Ты можешь вырасти как мужчина или женщина и в

	<p>на себя и выполнять обязательства.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Смотрят на других в попытке определить себя. ▪ Смешивают секс с заботой. ▪ Не уверены в своей женственности, мужественности или способности быть любимыми 	<p>то же время быть иногда зависимым.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Я с нетерпением жду, когда смогу узнать тебя как взрослого. ▪ Моя любовь всегда с тобой. Я доверяю тебе просить о моей поддержке
--	---	---

* Clarke J. I., Dawson C., 1998.

** Osnes R. E., Clarke J. I., 1998. Перевод В. Е. Гусаковского, О. Д. Тучиной.

Профессор, то, следовательно, он сам может перерешить это первичное решение, если ему создать условия, похожие на прежние, и вооружить дополнительными ресурсами. Авторы полагали, что то или иное решение Маленький Профессор принимает в условиях давления родителей и среды, и иногда момент принятия патологического решения можно вспомнить, если для этого использовать методы возрастной регрессии, отсылающей память клиента к так называемой первичной сцене. Терапевты просят клиента, который регрессировал до определенного возраста (чаще все же до возраста вербальной памяти — 3–6 лет), воспроизвести первичную сцену, то есть описать в настоящем времени — «здесь и сейчас» — ситуацию, себя в этой ситуации, требования родителей, а также воспроизвести диалог с родителями до той точки, когда прошлый Маленький Профессор принял сценарное решение. В этой кульминационной точке требуется, чтобы клиент из своего Маленького Профессора принял новое решение, то есть перерешил прошлое, сценарное. Ситуация в кабинете терапевта, конечно, отличается от реальной сцены в прошлом, где ребенок был беззащитен и беспомощен, где он принял вынужденное решение «не чувствовать», «не думать» и др. Здесь, в кабинете терапевта, он находится под защитой, и он это знает, но тем не менее, чтобы перерешить, он должен принять новое решение самостоятельно, без давления терапевта. Или он примет новое решение, или нет. Маленький Профессор находится в тупике, и этот тупик он должен преодолеть сам.

Говоря современным языком, Гулдингам удалось создать ряд оригинальных вербальных метафор: «Не живи», «Не будь близок», «Не будь своим полом», — которые отражают, конечно же, довербальный опыт и довербальные отношения между ребенком и его средой, а также использовать технику, обратную технике «наложения» (Кохут Х., 2003), когда бессознательный опыт, будучи терапевтически отражен, накапливается слой за слоем, достигая своей кульминации в вербальном эпизоде или диалоге, который может быть проинтерпретирован и осознан. Техника Гулдингов, основанная на предшествующей диагностике и эмпатической интуиции, предлагает вербальную метафору, достаточно понятную клиенту (или понятную в общем виде), поскольку контракт на перерешение формулирует сам клиент, используя простые и понятные слова, характеризующие его поведение или проблему, которую он хотел бы перерешить. Более того, техника Гулдингов не использует перенос. Гулдинги считают, что терапевт выполняет чисто технические задачи, что его присутствие иногда и не нужно, если работа идет в группе, что его функцию мог бы выполнить и другой член группы, а сама группа, внутри которой происходят эпизоды перереше-

ния, нужна как донатор защиты и аккумулятор энергии, концентрирующейся в максимальном количестве на клиенте в момент перерешения. Клиенты, попадая в первичную травматическую сцену, работают напрямую со своими родителями и выражают им не только выученные, но и аутентичные чувства.

Какой эффект ожидается от перерешения?

Ожидается быстрый эффект, как если бы, говоря нейродинамическим языком, произошло переключение на новые «запасные» нейрональные пути, которые существовали и еще не были уничтожены синаптическим прунингом, чтобы после перерешения перед группой появился «новый» человек, который перестал заикаться, у которого исчезла хроническая боль или появилась уверенность, что он будет жить, сможет рожать или смотреть людям в глаза.

Ожидается и подострый эффект, когда клиент только что пережил целительный стресс противостояния, выдержал его и переживает ощущение счастливой растерянности, не хочет говорить и чувствует, что он получил нечто, что еще должно развернуться в нем и занять новое место. Нейродинамически мы могли бы представить активацию маловостребованных синаптических связей, которые получили доступ к запитыванию через нейроны центра удовольствия и составили серьезную конкуренцию экзогенным химическим веществам. Мы имеем в виду процессы, сходные с теми, которые описывают получение удовольствия при успешном изучении нового языка или при овладении новым видом деятельности (см.: Стасевич К., 2014).

Ожидаются и хронические эффекты, когда работа была лишена драматизма противостояния, или даже выглядела скучной, или была проделана не в группе, а вдруг случайный инсайт стал стимулятором решения и действий вразрез со сценарием. При болезнях зависимостей подобный ход перерешения наблюдается чаще, являясь неким итогом большой предшествующей работы. Нейродинамически этот вариант выглядит как находка последнего недостающего кусочка головоломки, необходимого новому Акцептору Результатов Действия (Анохин П. К., 1978), чтобы запустить новую функциональную систему.

Наблюдение 29

Стенограмма сессии редисижн-терапии и анализ транзакций¹:

Аркадий, 28 лет, алкогольная зависимость 1–2-й ст., терапевтическая ремиссия после 6 месяцев реабилитации в течение 2,5 года.

¹ Транзакция – единица общения, которая состоит из транзакционного стимула и транзакционного ответа (реакции). Для наглядности стимул и транзакционная реакция имеют отдельные номера.

Студент вечернего отделения психологии, посещает обучающий и терапевтический тренинг по ТА.

Основная проблема, которую Аркадий озвучил в группе, — это постоянная занятость мозга «разной ерундой»: музыкой, разнообразной бессистемной информацией, вследствие чего ему трудно сосредоточиться, что стало особенно заметно во время обучения на вечернем факультете университета. При одной из конфронтаций его «пустого говорения» в группе отметил, что во время пауз он нагнетает чувствовать тревогу или даже угрозу, которые нарастают и не дают ему осмыслить текущую ситуацию.

Стенограмма и номер транзакции	Анализ транзакций
1. Терапевт (Т.): Что бы ты хотел перерешить? 2. Аркадий (А.): Не знаю... Наверное, у меня была ситуация, когда я перестал задумываться... Я хотел бы перерешить «Не думай». 3. Т.: Когда ты понял, что у тебя есть предписание «Не думай»? Когда... 4. А.: ... Всегда так было, как себя помню... Я с плеером... что-то напеваю. Я всегда был в компании... разговаривал ни о чем, поддерживал разговор... но это не просто так, как работал... когда выпивал — отпускало, мог слушать медленную музыку... Наверное, я не о том?	Транзакции 1, 2, 3, 4 — заключение и уточнение контракта на работу по перерешению в ходе сессии групповой психотерапии
5. Т.: А...	
6. А.: ...И когда надо было отвечать у доски... я молчал... голова была пустая, аж звенело! Я сейчас думаю, что я лучше писал... вернее, пробовал писать... и все такое, все такое... 7. Т.: Это название ¹ книги поэта-алкоголика, который повесился...	6-я и 7-я транзакция — терапевт вспомнил, что отец А. повесился, как и Б. Рыжий, 7-я транзакция стимулирует память Ре А., коль скоро он воспроизвел «И все такое, все такое...», возможно, информация пришла к А. из коллективного бессознательного?
8. А.: Да? Я не знал... 9. Т.: И что ты писал?	

¹ Книга Бориса Рыжего «И все такое, и все такое».

Стенограмма и номер транзакции	Анализ транзакций
<p>10. А.: Пробовал стихи, рэп... что видел, то и писал... Я сейчас думаю, что рэп — это хороший способ не думать... Я...</p> <p>11. Т.: Ты можешь повторить, что только что сказал? Мне показалось, что это глубокая мысль...</p>	<p><i>10-я и 11-я — терапевт заметил и отметил поглаживанием «умную мысль» А., после этого А. стал обесценивать это поглаживание, поскольку оно выглядело опасным, стал смеяться «смехом висельника», который скрывает страх. У терапевта возникает гипотеза, что предписание «Не думай» скрывает под собой более опасное предписание «Не живи»¹</i></p>
<p>12. А.: Я сказал, что рэп — это способ не думать... а просто использовать слова...</p> <p>13. Т.: Или?</p> <p>14. А.: ...Не оставаться наедине со своими мыслями...</p>	
<p>15. Т.: А то что?</p> <p>16. А.: (смеется)...А то все... того (смеется)... в ящик сыграешь... Ну, конечно же, нет... (смеется)</p>	<p><i>15-я, 16-я транзакции проверочные для гипотезы «Не живи»</i></p>
<p>17. Т.: Мне не смешно...</p> <p>18. А.: Вот как?</p>	<p><i>17-я, 18-я транзакции — конфронтация «смеха висельника»</i></p>
<p>19. Т.: (продолжает мысль) ...Я заметил, что когда ты стал думать, ты испугался...</p> <p>20. А.: Вот еще... (смеется, но постепенно смех стихает, группа не поддерживает смех, повисла пауза)</p> <p>21. Т.: Что ты чувствуешь, когда смеешься? Что у тебя под смехом?</p> <p>22. А.: Ничего... страх...</p>	<p><i>19-я — интерпретация — стимул, на который следует открытый ответ (22) — страх</i></p>

¹ Рильке поэтически отразил место, где в паузах (молчании) таится предписание «Не живи»: «Теперь молчание свое слышу я — / Оно растет, как в ночи страх, / Темнеет, как последний ах / Забытого умершего ребенка» (Рильке Р. М., 1977. С. 370).

Стенограмма и номер транзакции	Анализ транзакций
<p>23. Т.: Страх чего? 24. А.: Не знаю, но определенно — страх... 25. Т.: Соединись сейчас со своим страхом, позволь ему быть... Иди за ним... 26. А.: (хочет что-то сказать) 27. Т.: (не дает говорить) Молчи! Иди за страхом... Ты можешь закрыть глаза... Я здесь, с тобой...</p>	<p>23–27-я транзакции в технике «мост аффекта» (движение за аффектом) используются, чтобы вытесненная травматическая ситуация смогла проявиться в сознании</p>
<p>28. А.: (закрывает глаза)</p>	
<p>29. Т.: Я пересяду, я сяду рядом (меняется местами с другим членом группы, садится рядом с А.) (пауза)... Что сейчас происходит с тобой? Где ты?</p>	<p>29-я — поддержка используется, чтобы снизить уровень опасности вспоминаемой ситуации, а также чтобы избежать вторичной травматизации, если в ходе перерешения что-то пойдет не так</p>
<p>30. А.: Я вспомнил ситуацию... когда был такой страх... 31. Т.: Ты можешь нам ее рассказать? 32. А.: (передергивает плечами) Да...</p>	
<p>33. Т.: ОК. Расскажи, как будто это сейчас происходит с тобой. Сколько тебе лет? Где ты находишься? Кто рядом? Во что ты одет?</p>	<p>33-я — приглашение к регрессии, то есть к возрасту стрессового события и первичного сценарного решения, принятого А.</p>
<p>34. А.: Мне около 5 лет, я дома, играет музыка, я в майке... такой белой и шортах, зеленых... Отец пьет на кухне... Включил музыку еще громче...</p>	
<p>35. Т.: А мама?</p>	<p>35–37-я — раскрытие травматического переживания «здесь и теперь»</p>
<p>36. А.: Нет, она где-то... нет ее... я сижу, мне страшно (А. начинает рассказывать взад-вперед, как в такт музыке, побледнел, губы плотно сжаты)... Он подходит, говорит: «Сиди и слушай музыку, Ванек... что бы ни случилось... сиди и слушай», потом</p>	<p>36-я — внутри травматической ситуации мы понимаем, как А. принимает решение «Не думать», поскольку у пятилетнего Аркаши (Ркаши) нет ресурса конфронтировать отца, который назвал его «Ванек», то есть назвал именем</p>

Стенограмма и номер транзакции	Анализ транзакций
он на кухне... что-то упало... ударилось... а я сижу, не шевелюсь, слушаю музыку... Сижу и слушаю... Потом пришла мама, кричит, видит меня, хватает, кричит: «Отец повесился!» (А., рассказывая, дрожит) Я помню музыку (шепотом)... вот... нет, не помню!	<i>умершего брата, а также нет ресурса, чтобы охватить всю ситуацию целиком и вмешаться в события на кухне; вероятно, принятое решение «Не думать», а затем «загруженный музыкой мозг», а затем ощущение свободы («от пустой изматывающей работы мозга, чтобы не думать») в момент алкоголизации «закрывают» предписание «Не живи своей жизнью», поскольку он не Ркаша, а задохнувшийся под снежным обвалом Ванек</i>
37. А.: (кричит) Выключи музыку! Мама, выключи музыку! Мне страшно! Я не хочу быть с музыкой... (А. плачет, не открывая глаз, не выходя из ситуации, Т. обнимает его, удерживает)...	<i>37-я — требование выключить музыку и вербализация своего состояния для матери «Мне страшно!», то раньше не было сделано и было «поддержано» матерью, то послужило принятию решения «Не думать»; начало перерешения</i>
38. Т.: Да, так скажи, громко скажи...	<i>38-я — стимулирующий процесс перерешения транзакционный стиль, возможно, излишний</i>
39. А.: Где мой отец? (длинная пауза, затем крик) Я не Ваня! ¹ Я — Ркаша! Я — сам по себе! Я живой!	<i>39-я, 41-я — перерешение «Не живи», сделанное мальчиком Ркашей, его В₁</i>
40. Т.: Скажи это еще!	
41. А.: Я не Ваня! Ваня умер! Я жив! Я сам по себе!	
42. Т.: Что мама? 43. А.: Смотрит на меня, молчит... обнимает (плачет навзрыд). Музыки нет! Музыки больше нет!	<i>42-я, 43-я — поддержка нового решения «Думать и жить»</i>
44. А. открывает глаза, вытирает слезы, смотрит на терапевта, на каждого в группе глаза в глаза... говорит: «Я помолчу?» Все улыбаются.	<i>44 — интеграция решения Маленького Профессора (В₁) во Взрослое эго-состояние (В₂)</i>

¹ Как оказалось, Ваня был первенцем, задохнувшимся под слоем снега.

7.5. Контртрансфер и супервизия

«Второе зеркало»

Зигмунд Фрейд и Карл Густав Юнг имели различные взгляды на перенос. Фрейд открыл перенос и, считая терапевта зеркалом, в которое смотрится клиент, провозгласил психоаналитический принцип «абстиненции», тогда как Юнг не рассматривал перенос без контрпереноса, справедливо полагая их взаимообусловленность. В наркологии взгляд Юнга отражает реалии психотерапевтического процесса, коль скоро огромная часть помощи клиентам оказываются бывшими клиентами или людьми, которые не стали клиентами, но либо имели проблемы с алкоголем, либо — проблемных родственников, либо так или иначе, даже косвенным образом, могли быть занесены в списки пострадавших. Ничего подобного нет в других отраслях медицины. Описывая выше различные виды контрпереноса (реакций) нарколога (консультанта) на пациента, условия работы, срывы и рецидивы, совершенно необъяснимые смерти и эпизоды саморазрушения, мы вслед за Джеймсом Хиллманом каждый раз должны спрашивать себя (это рефлекслирующие наркологи, но и нерефлекслирующие создают железобетонное алиби для своей работы внутри себя), почему нам так необходимо, чтобы этот человек жил. Приведем цитату из работы Дж. Хиллмана (2004) еще раз: «В этот момент аналитик стремится понять, почему он хочет, чтобы другой человек жил. Если пациент для него — только нагрузка, ноша, бремя, взятые на себя „для работы над случаем“, он должен был бы бессознательно убивать его, так как в определенной степени все мы хотим избавиться от бремени. Ощущение, что ты являешься тяжелым бременем для окружающих, всегда было настолько сильным у многих, совершивших самоубийство, что часто сам акт совершался альтруистически, чтобы облегчить это „бремя“ другим. Когда дело приближается к развязке и приходит решающий час, таких принципов, как терапевтическое обязательство и ответственность за жизнь, уже недостаточно. Аналитик оказывается загнанным в угол своего собственного эроса, в ощущение, почему этот индивид лично ему дорог. Я действительно нуждаюсь в нем и хочу, чтобы он жил? В чем состоит уникальность наших взаимоотношений? Как случилось, что я вовлечен в отношения с этой личностью, которую нельзя сравнить ни с какой другой...

Без такого личного эроса не существует сосуда, способного удержать эти разрушающие силы, желание причинить боль и убивать... Тесная связь в ходе анализа способна фокусировать суицидальные аффекты... Главная цель этих деструктивных аффектов за-

ключается в том, чтобы в отчаянии попытаться растворить сам сосуд взаимоотношений. Поэтому внутри эроса аналитика должно существовать пространство для маневра даже в ситуации отчаяния. В таком случае эрос аналитика использовался бы не в качестве метода под названием „Живи, потому что я люблю тебя“, а для того, чтобы принудить пациента выйти из состояния отчаяния» («Самоубийство и душа». С. 155, 156).

Рассуждения Хиллмана важны для нашего изложения в двух аспектах. Построив взаимоотношения, зарегистрированные «на небесах», пациент, смотрясь в эротизированное зеркало нарколога, видит себя улучшенным, что, конечно, добавляет ему оптимизма, как, например, ребенку, который, чуть сомневаясь в собственной правильности или привлекательности, бросает взгляд на любящую мать, ничего не говоря, успокаиваясь, укрепляя свое «Идеальное Я» (идея Юнга), или, как все мы, когда смотримся в обычное зеркало или посеребренное стекло, чаще удовлетворены своим отражением, чем не удовлетворены (идея Фрейда), но стоит нам взять второе зеркало и поймать с помощью него наше первое изображение, как иллюзия идеальности рассеется и мы увидим себя со всеми своими реальными недостатками — плоскими ягодицами, большим животом и маленькой грудью. Зеркало станет всего лишь бездушным инструментом, и Нарцисс перестанет быть Нарциссом. С матерью нельзя этого сделать, можно лишь на миг усомниться, что мать плохо (объективно!) характеризовала сына, но при взгляде на нее сомнения улетучатся, поскольку мать — надолго, как и юнговский нарколог — надолго, так как работа с поврежденной «Аддиктом» душой — надолго. И второе: если юнговский терапевт черпает способности для своего отражения из эроса, он может навсегда остаться «второй мамой» аддиктивного клиента, любить и страдать, поощряя клиента в свою очередь любить и страдать, но где он найдет пространство для «маневра внутри эроса... чтобы принудить пациента выйти из состояния отчаяния» (Хиллман Дж., 2004)? Как он может увидеть себя объективно, если не наведет на себя и на свои эротизированные взаимоотношения с зависимым второе зеркало? По-видимому, он должен иметь еще одни взаимоотношения — супервизионные, отражающие уже его эрос, его вовлеченность и, наконец, предопределенность его наркологического выбора. «Абстинентный» психотерапевт Фрейда сам приглашает клиента взглянуть на себя через второе зеркало, так как у него свободные руки, но вовлеченный психотерапевт-нарколог Юнга — нет, своими руками он еще и удерживает клиента, поэтому у него нет свободных рук, а свободна, слава Богу, часть души — для взаимоотношений с супервизором. И в этом смысле супервизия в наркологии — это ин-

струмент, создающий свободное пространство внутри взаимоотношений «клиент — терапевт», или, образно говоря, инструмент, создающий вторую пару рук для нарколога.

Супервизия и контртрансфер

Супервизия — это процесс, в котором психотерапевт с помощью супервизора, непосредственно не участвующего в работе с клиентом, может лучше понять как клиента, так и себя в терапевтических взаимоотношениях и затем трансформировать терапевтическую работу с учетом нового видения (Hawkins P., Smith N., 2007). Фактически на супервизионной сессии воссоздается атмосфера терапевтической сессии так, что ситуация «там и тогда» привносится в ситуацию «здесь и сейчас».

Под контртрансфером понимают эмоциональную (и любую другую) реакцию терапевта на клиента; как реакцию на перенос пациента (первый тип) и как реакцию терапевта на клиента, которая является результатом актуализации прошлого собственного травматического опыта терапевта (второй тип) (Erskine R., 1982). Контртрансфер влияет на восприятие терапевтом клинического случая, на представления о курабельности пациента или о его «бесперспективности», то есть на построение излечивающих (или тормозящих излечение) взаимоотношений с клиентом. Актуализированный прошлый опыт терапевта по-своему заставляет его видеть в клиенте то, что он хочет. Наблюдение 30 иллюстрирует эту ситуацию.

Наблюдение 30

Пример контртрансфера второго типа.

Фрагмент сессии групповой супервизии. М. рассказывает о случае ее студентки, муж которой, успешный сорокалетний бизнесмен, год назад перенес психотический приступ. Психотерапевт-психиатр отменил медикаменты, вел его чисто психотерапевтически, но не заметил суицидальной настроенности, вследствие чего пациент совершил самоубийство. Мы приводим отклики членов «наркологической» супервизионной группы, состоящей из психотерапевтов, психологов и консультантов. Курсивом написан статус, который, по мнению супервизора, оказывал существенное влияние на оценку случая М.

- К. (*находится в стадии развода с мужем и состоянии депрессии*): А может быть, и лучше?
- Л. (*трагически умер муж в результате несчастного случая*): Нет, он должен был быть поддержан психотерапевтически... Я не вижу связи между отменой медикаментов и...

- П.: *(8 лет назад находился в психиатрическом стационаре с кратковременным психотическим эпизодом в рамках пограничной личностной организации, консультант)*: Но он был бы жив! Смерть — хуже всего. А все остальное дает варианты...
- Р.: *(ВИЧ-инфицированный, психолог-консультант)*: Я не думаю, что смерть хуже всего... Оставить больного в своей семье и разрушать свою семью безумием!
- П.: Его можно положить в психиатрическую больницу! Он будет жить. Никто не может предугадать...
- Р.: В методике работы с созависимыми есть понятие «жесткая любовь»¹ — они не жалеют: или я, или ты...
- П.: Но он же был в психозе! Это не решение Взрослого (эго-состояния). — *Прим. авт.*!
- Р.: С созависимыми мы не всегда делаем «жесткую любовь»... не со всеми... так можно убить...

Контртрансфер относится к малоосознаваемым феноменам. Терапевты учатся быть в контакте с контртрансфером и анализировать свои чувства и мысли в отношении клиента, поэтому контртрансфер активно используется в качестве инструмента эффективного психотерапевтического вмешательства. Супервизия же является одной из главных процедур, позволяющих контртрансферу стать осознанным. Супервизор и терапевт вступают в особого рода отношения в ходе супервизионной сессии. Терапевт представляет материал, касающийся его работы с клиентом. Материал может быть представлен в виде рассказа об особенностях и сложностях работы с клиентом, в виде разного рода записей терапевтической сессии (видео, аудио), а также сессия с клиентом может быть проведена на глазах и в присутствии супервизора («живая» супервизия). Терапевт и супервизор заключают контракт на супервизионную сессию в зависимости от потребности терапевта. Согласно процессуальной модели супервизии Питера Ховкинса и Робина Шохета (Ховкинс П., Шохет Р., 1989—2002), процесс супервизии может отражать события в шести основных областях:

1. В содержании терапевтической сессии. *(Вопросы: Что хотел клиент? Над тем вы работали? Какой был контракт?)*

2. В исследовании стратегий и интервенций терапевта. *(Вопросы: Что ты сделал или мог бы сделать? Какова была твоя цель, когда ты делал это?)*

¹ «Жесткая любовь» — понятие, отражающее пожелание для созависимых родителей выстраивать и выдерживать жесткие границы со своими зависимыми детьми в отношении денег, выполнения контрактных обязательств и др.

3. В исследовании терапевтического процесса и взаимоотношений. (*Вопросы: Что ты чувствовал, думал, когда делал это? Что чувствовал, думал, делал клиент? В какого рода игры приглашал играть клиент? Как игры соотносились со сценарием клиента?*)

4. В фокусировании на контртрансфере терапевта. (*Вопросы: Почему ты стал поддерживать игру клиента? Что из твоего прошлого напомнило тебе эта ситуация с клиентом? Почему ты реагировал именно так? Как твой сценарий мог бы сказаться или сказаться на результате терапевтической сессии?*)

5. В фокусировании на процессе «здесь и теперь» (в супервизии) как зеркальном отражении или параллельном процессе «там и тогда» (в терапии). (*Вопросы: Не напоминает ли тебе сегодняшний процесс твой процесс с клиентом?*)

6. В фокусировании на контртрансфере супервизора. (*Вопросы: Что твой сценарий принес или мог бы принести в процесс супервизорства? Понимаешь ли ты, что данная сессия отражает твой прошлый узнический опыт?*)

По-видимому, одной из главных составляющих процесса супервизии, позволяющей понять взаимоотношения «терапевт — клиент», является описанный Рудольфом Экштейном и Робертом Валлерштейном (Ekstein R., Wallerstein R. S., 1972) «параллельный процесс». Параллельный процесс — особого рода перенос того, что происходило на бессознательном уровне между терапевтом и клиентом на терапевтической сессии, в супервизионную сессию. В результате перенесенное «нечто» начинает происходить и в супервизионной сессии между терапевтом и его супервизором. Задача супервизора — почувствовать параллельный процесс, понять его источники, например исходя из модели П. Ховкинса и Р. Шохета (Ховкинс П., Шохет Р., 1989—2002), обсудить их с терапевтом для повышения осознанности его работы с клиентом и понимания процессов контртрансфера. Наблюдение 31 иллюстрирует параллельный процесс в наркологической практике.

Наблюдение 31

Параллельный процесс и контртрансфер первого типа.

Основной супервизионный процесс. Супервизия акцентировала внимание (1) на «работе без контракта» как попытке опережать клиента, играя роль Спасателя, и (2) на контртрансфере первого типа. Контртрансфер первого типа выражается в попытке терапевта опережать запрос клиента как реакции на нерешительность и трудность формулировки ясного контракта («это они хотят от терапевта») у зависимых пациентов.

Предыдущее содержание групповой супервизионной сессии. В самом начале сессии Вера обратила внимание группы и супервизора на то, что в последнее время она часто не заключает контракта с клиентами, и хотела бы прояснить для себя свой «Спасательский импульс причинения добра», как она выразилась. Перед последним кофе-брейком перед большим обеденным перерывом она была предупреждена, что через 15 минут, то есть по окончании перерыва, будет ее супервизия. После кофе-брейка Вера опоздала на 10 минут.

Супервизор: О, Вера, мы ждем тебя уже 10 минут.

Вера: Нет, я задержалась только на одну минуту.

Супервизор: Хорошо. Так что бы ты хотела? (*формулировка контракта*)

Вера: Но я (*нерешительно*) ничего не хотела... Я не предполагала супервизии... у меня был просто вопрос... (*молчит*).

Супервизор: Супервизия — это не избиение, не насилие.... Ты же хотела узнать о работе без контракта? (*Супервизор попадает в сложную ситуацию: от Веры нет прямой просьбы о супервизии, она не собирается контракттировать. Супервизор должен был бы остановиться и пригласить для супервизии того, у кого есть супервизионный запрос. Однако времени до обеденного перерыва остается мало, тем более что группа ждала Веру в течение 10 минут. Супервизор решает продолжать, нагиная работу «без контракта», фактически спасая «бедную Веру».*)

Вера: Ну, я не работаю без контракта, он все же есть, только раньше он был в письменной форме. Сейчас я могу на ходу, во время обхода что-то сказать, дать рекомендацию в коридоре. Но это не терапия...

Супервизор: А что?

Вера: Да, это тоже терапия... но (*пауза*)... Ну, я не знаю, что еще сказать...

Супервизор: Скажи, пожалуйста, Вера, то, что сейчас происходит здесь, между тобой и мной, не напоминает тебе какую-то прошлую ситуацию?

Вера: Тоже нет контракта...

Супервизор: Да. Так ты не хотела работать в супервизии? Ты не сказала «нет». (*Это важное утогнение — прямая конфронтация ее пассивной амбивалентной позиции «ни да ни нет».*)

Вера: Да, я понимаю, я колебалась: ни туда ни сюда. Наши пациенты часто тоже не знают, что они хотят...

Супервизор: (*подхватывает мысль*)... и тем не менее они здесь, они пришли лечиться добровольно. Я сейчас подумал: может быть,

твое желание опередить их — это возможность дать им шанс не сказать «нет»?

Вера: Да, я поняла, это пограничная ситуация. А среди зависимых много пограничных пациентов. Я буду думать... Спасибо!

В комментариях выступил Максим.

Максим: У меня такое чувство, что супервизия не закончена... Когда все тянулось, я думал, как вы все же сможете закончить сессию... мне кажется, не было осознания, инсайта... (*попытка обесценивания со стороны Максима инсайта Веры*)... и было желание продолжать... Я бы продолжал...

Супервизор: Продолжать, пока?

Максим: Пока снова будет одно и то же, по кругу... Да! Но Вы остановились...

Супервизор: Спасибо за комментарий, Максим. Была непростая ситуация. Запрос на супервизию был выражен неопределенно: «ни да ни нет». Уже в самом запросе содержалось игровое приглашение. Если ответить «да», то это работа без контракта, акт Спасания. Если ответить «нет», то это обесценит Веру на очень высоком уровне, обесценит сам стимул (*супервизионную потребность*) и его носителя (*Веру как личность*). Это теперь мы знаем, что запрос Веры отражал пассивную, игровую природу пограничной части наших клиентов, поскольку они в основном ожидают «нет», чтобы начать новую саморазрушительную партию с наркотиком. Поэтому в начале супервизии мне надо было

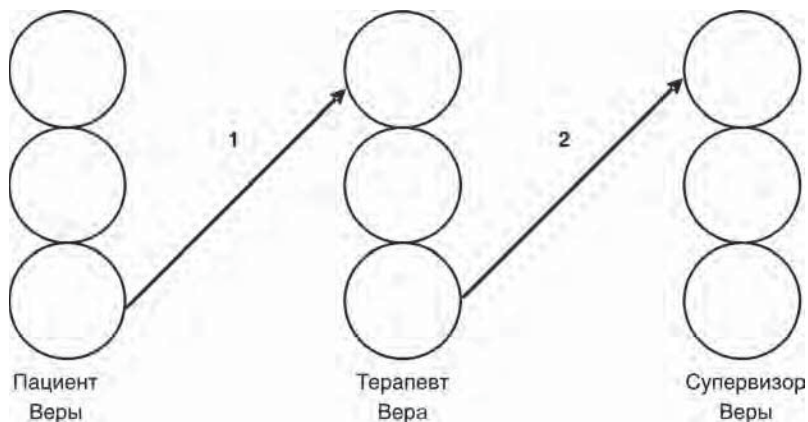


Рис. 16. Параллельный процесс:

1. Пациент: «Сделай за меня выбор, но не отвергай...».
2. Терапевт: «Я ничего не хотел, но у меня был только вопрос...»

делать выбор. Выбрать меньшее из двух зол. Меньшее — это «да». Пригласив Веру в супервизию «без контракта», я вступил с ней в симбиоз, почувствовал растерянность и под растерянностью — гнев, потому что оказался втянутым в игру... и ...здесь я осознал игру между мной и Верой. Но я также понял, что в ситуацию супервизии Вера сумела привнести между нею и ее клиентами игру, которая ей не нравилась... Это параллельный процесс (рис. 16). Собственно, поэтому она и просила супервизию. Кстати, для пограничного клиента ситуация «нет» означала игнорирование и дистанцирование, а ситуация «да» — приглашение к симбиозу и цеплянию, что более предпочтительно.

Проблемы терапевтов-наркологов, выявляемые в супервизии

Было проанализировано 119 супервизионных случаев, представившихся для супервизии на протяжении 4 лет супервизорской практики. Среди супервизируемых было 11 врачей-психотерапевтов и 15 практикующих психологов, работающих в наркологических учреждениях и обладающих различным психотерапевтическим опытом. Опыт учитывался в ходе обработки результатов исследования. Метод супервизии — анализ в ходе супервизионной сессии аудиозаписей, содержащих проблемные моменты терапевтических сессий; анализ устных докладов о терапевтических случаях. В табл. 11 приведены данные, касающиеся видов зависимого поведения и количества случаев, отражающих первые четыре блока супервизионной модели П. Ховкинса и Р. Шохета (Ховкинс П., Шохет Р., 1989—2002).

Как следует из табл. 12, значимо преобладали супервизионные случаи, связанные с алкогольной зависимостью, менее — с наркотической и игровой, что приблизительно соответствует распределению пациентов в наркологической сети. Частота супервизионных запросов по блокам процессуальной модели значимо не зависела от нозологии, а сами супервизионные запросы равномерно отражали 4 блока.

Однако если анализировать отдельно супервизионные случаи врачей и психологов (табл. 13), то обращает на себя внимание статистически более частое ($p < 0,01; 0,05$) обращение психологов за супервизией относительно созависимых клиентов (в основном родственников пациентов с алкогольной зависимостью). Причем наиболее актуальные запросы касались контрпереноса первого типа (ответа терапевта на трансфер клиента). Интересно, что там, где

Таблица 12

**Распределение супервизионных случаев
в зависимости от проблематики**

Проблематика	Терапевтическая сессия, диагноз клиента	Стратегия интервенций	Исследование терапевтического процесса	Контрперенос терапевта	Всего	%
Алкогольная зависимость	19	16	23	19	77	65,0
Наркотическая зависимость	8	7	10	10	35	29,4
Игровая зависимость	2	2	3	0	7	5,6
<i>Всего</i>	29	25	36	29	119	100
%	24,37	21,01	30,25	24,37	100	100

Таблица 13

**Значимые различия при анализе супервизионных
запросов психологов и врачей**

Супервизионные запросы	Врачи, $n = 11$	Психологи, $n = 15$	p
Алкогольная созависимость при запросах о контртрансфере терапевта	0 %	53,8 %	$< 0,01$
Созависимость при алкогольной зависимости	17,2 %	41,7 %	$< 0,05$
Наркотическая созависимость при запросах о терапевтической сессии и диагнозе клиента	33,0 %	0,0 %	$< 0,05$

супервизия касалась созависимых клиентов, затрудняющим взаимоотношения «терапевт — клиент» фактором был и контрперенос второго типа, когда активировались собственные процессы терапевтов, связанные с зависимыми родственниками и травматическим детским опытом.

При анализе запросов в зависимости от терапевтического и супервизионного опыта супервизируемых было установлено, что опытные психологи и врачи в основном демонстрировали запросы,

отражающие второй блок (интервенции) и третий блок (психотерапевтический процесс в целом). Начинаящие же формулировали запросы первого блока («что делать?», «каков личностный диагноз?») и четвертого блока (контртрансфер первого типа или психологические трудности работы с зависимым контингентом). В табл. 14 приведены основные темы, характерные для выделенных блоков супервизионной модели.

Таблица 14

Основные супервизионные темы, характерные для четырех блоков процессуальной модели

1	2	3	4
1. Проблемы с психотерапевтическим контрактом между клиентом и терапевтом	1. Оценка использования терапевтических интервенций	1. Взаимоотношения осознанных и малоосознанных сторон психотерапевтического процесса	1. Чувства беспомощности/бесполезности/обманутого доверия, дистресс как реакция на «срыв»
2. Проблемы с «двойными отношениями» и трехсторонним контрактом «клиент — терапевт — платящий родственник» либо «клиент — терапевт — клиника»	2. Психотерапевтический план (долгосрочный)	2. Проявление стадии ПП / страх движения «в глубину», в сторону структурных изменений личности	2. «Слепые пятна», связанные с контртрансфером второго типа, например, облегченные мотивировки развода или агрессия по отношению к врагам клиента
3. Личностный диагноз	3. Особенности антисуицидального контракта, контрактов с агрессивными и избегающими клиентами	3. Понимание аутоагрессивной природы зависимости в контексте семейного сценария жизни	—
4. Финансовые запросы	—	—	—

Таким образом, к особенностям, снижающим эффективность психотерапии зависимых лиц и выявляемым в процессуальной супервизионной модели, можно отнести следующие:

1. Недостаточность и сложность использования контрактных взаимоотношений, особенно в ситуациях, когда за лечение платит не сам клиент, а его родственники.

2. Существующий «в голове» терапевтов сильный Спасательский потенциал приводит к ситуациям, когда при срывах ремиссии или эпизодическом употреблении психоактивных веществ зависимыми терапевты попадают в состояние Жертвы (Инглиш Ф., 2004), переживая беспомощность, ощущение некомпетентности и даже краха своего профессионального имиджа. Этому способствуют и сильные регрессии пациентов к детскому и даже младенческому возрасту (например, терапевт бессознательно отождествляла себя с матерью наркозависимого клиента, когда та в очередной раз «запускала» дыхание сына, делая ему вдох «рот в рот»).

3. Недостаточное понимание антивитальной направленности поведения зависимых (Шустов Д. И., 2005) и роли личностной почвы, а также аутоагрессивной природы зависимого и созависимого поведения в контексте семейного сценария жизни (например, с этих позиций психотерапевтом был осознан «психологический» вклад созависимой вдовы в трагический сценарий трех ее ранее умерших зависимых мужей).

4. Высокая частота встречаемости антисоциальных личностных черт у зависимых клиентов приводит к «соблазнению» ими терапевта и, как следствие, — к последующему пренебрежению врача к «мелким деталям» и «пустым формальностям» (например, непроясненные финансовые пункты контракта и порядка оплаты терапевтической сессии приводят к саботажу оплаты и пропускам сессий; «понимание» и «прощение» легкой нетрезвости клиента во время терапевтической встречи сказывается на общей эффективности терапии).

5. Определяемая во время супервизионных сессий статичность в оценке супервизируемыми психотерапевтического процесса не всегда позволяет применять терапевтическое вмешательство адекватно стадии психотерапевтического процесса (например, психологические вмешательства, ориентирующиеся на внутрличностное изменение, такие как методика «двух стульев», применяются на стадии только еще формирующегося терапевтического альянса, или терапевтический запрет выпивки под страхом смерти в форме кодирования применяется к пациенту, имеющему в анамнезе несколько суицидальных попыток, символическое значение которых не было проработано в предшествующей терапии).

Наш опыт супервизии наркологов и работающих в наркологии психологов позволяет отметить некоторые специфические черты супервизионной практики в этой области медицины.

Во-первых, в ходе супервизии доля поддерживающих интеракций должна значительно превышать долю конфронтационных интеракций. Во-вторых, высока вероятность проведения психотерапии для супервизируемого в ходе супервизионной сессии, поскольку вышеотмеченная контрпереносная проблематика (комплекс Жертвы) у супервизируемых, не будучи проработанной, не позволит продвигаться в направлении завершающего сессию инсайта. И, наконец, в-третьих, супервизионная сессия должна быть в свою очередь контрактной, высокоструктурированной, в том числе и во временном отношении, поскольку умение контрактить и завершать контракт позитивно отражает самые насущные потребности зависимых клиентов уже в ходе терапевтических сессий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключительной части мы суммируем все основные моменты, описанные в отдельных главах монографии, так, чтобы получилась своеобразная вытяжка, полезная для «чтения по диагонали».

Во введении к работе мы говорили о том, что многие теоретические и практические моменты будут представлены через «обратную связь», полученную от главных героев бессмертных произведений великих русских писателей, причисленных к аддиктивным личностям. В качестве «экспертов» мы привлекли Юрия Казакова, Максима Горького, Леонида Андреева, Ивана Бунина, Василия Шукшина, Федора Достоевского, Александра Куприна, Александра Фадеева, Александра Грина, Бориса Рыжего, Николая Рубцова, Сергея Есенина, Аполлона Григорьева, Александра Твардовского и Венедикта Ерофеева.

Структура монографии соотносится с разворачиванием последовательных стадий, из которых слагаются терапевтические взаимоотношения клиента и терапевта. Первые стадии знаменуют контакт и наращивание интенсивности этих отношений, средние стадии — проработку личностных оснований алкогольной зависимости и преодоление самой зависимости, заключительные — усиление клиентской автономности, расставание или трезвое функционирование в условиях кратковременных поддерживающих сессий. Психотерапевтические взаимоотношения не хуже и не лучше любых других, только, может быть, цель этих взаимоотношений — профессиональная: отразить по-новому и здоровым образом не встреченный родителями опыт клиента. Клиент в новом зеркале должен увидеть себя, «каким он не был раньше», принять этот новый образ в свой автобиографический нарратив или автобиографический рассказ (представление) о себе и, может быть, безжалостно, проходя горевание, вычеркнуть из него (нарратива) часть старых записей. Большую часть этой работы клиенту обеспечивают экстратерапевтические факторы, факторы альянса и ожиданий (85 % согласно М. Ламберту), не относящиеся строго к тому или иному виду психотерапии. Может создаться впечатление, что психотерапевтическая модальность и техники, которые у каждой модальности свои, не столь важны, как правильная человеческая натура психотерапевта — эмпатическая, любящая и принимающая клиента безусловно («Нет плохих людей, а есть плохие поступки»). Но если вдуматься, этих характеристик хорошей собаки («Кто возражает против участия собаки в воспитании ребенка?») может быть недостаточно. Психотерапевт, чтобы работать «психотерапевтическим инструментом», должен сам быть адекватно и в полной мере отражен в профессиональном сообществе через об-

учение, супервизию и собственную психотерапию. Или психотерапевт, будучи сам дисгармоничной личностью (в допустимых пределах¹), может быть подхвачен и принят осознающим свои особенности подходящей психотерапевтической модальностью. Интересные рассуждения на эту тему можно встретить у Х. Кохута (2003), который говорит об ограничениях эмпатии у профессиональных психотерапевтов, излишне занудных и дотошно объясняющих то, что и так понятно, но тем не менее находящих себе применение, и более того — их «умения и научный вклад в психоанализ, по-видимому, являются следствием недостаточной эмпатической способности» (Кохут Х., 2003. С. 301). Возможно, в наркологии существует избыток понимающих и сверхпроницательных² парапрофессионалов и самих «страдающих», осуществляющих наркологическую помощь. Их не могут обмануть новоприбывшие или нетвердо вставшие на путь выздоровления клиенты. Возможно, не нужно так уж глубоко проникать в сущность зависимого человека, эмпатически считывая его потенциал. Так, пролеченный алкоголик хвастается другому своей силой и убежденностью в будущей трезвости. Другой, испытавший большее унижение, достигший дна, пораженный нахальством заявления приятеля, еще не прошедшего все круги страдания, понимая отсутствие необходимого для длительной трезвости ресурса, конфронтировал сущность приятеля, заявив в грубой форме, что у того ничего не получится, что он сорвется, только дорвавшись до алкогольного дерьма, как известное животное. Так и произошло: приятель запил и через 3 дня повесился. Все-таки нужно отдать должное техникам и пониманию сущности психотерапии. А это достигается только в процессе обучения в профессиональном сообществе и шлифуется в профессиональной практике.

Что касается личности алкоголика как психотерапевтической мишени, то мы рассматриваем ее как диссоциированную, расщепленную на две части: алкогольную (алкогольное «Я») и нормативную (нормативное «Я»). Мы полагаем, что расщепление может произойти вследствие трех разных процессов. Один из них относит расщепление к феноменам интенсивного потребления алкоголя с постепенным формированием патологической части, напоминающим рост опухоли (Nakken С., 1996; Валентик Ю. В., 2000а). Второй процесс объясняет формирование патологического алкогольного «Я» на базе дисгармонической личности, ее травматического опыта или пограничного сплиттинга при параллельном нарастающем алкогольном

¹ Кохут Х., 2003. С 302.

² Есть данные, что люди, страдающие алкогольной зависимостью, более точно прогнозируют срыв или длительную ремиссию сотоварища по группе, чем свои собственные, даже ближайшие, перспективы.

потреблении (Linehan M., 1993; Dimeff L. A., Linehan M. M., 2008; Firestone R., 1988; Firestone L., 2006; Штайнер К., 2003). Третий процесс предполагает формирование алкогольного «Я» из диссоциированных личностных частей, образованных в результате переживания дистрессовых событий в детстве (Najavits L., 2002; Шитов Е. А., Шустов Д. И., 2006). Интересны исследования о химической диссоциации У. Лэнгелэнд с коллегами (Langeland W. [et al.], 2002), которые утверждают, что будущие алкоголики не могут защититься диссоциацией от психической травмы, а делают это химическим путем с помощью алкоголя и ПАВ, расщепляя психику и комфортно существуя в алкогольной субличности. То есть алкоголик только с водкой может впасть в транс обыденной беспроблемной жизни, в отличие от совсем непьющих или «первичных абстинентов»¹, которые тянут лямку «на сухую» и, раз очнувшись в конце беспросветной жизни, понимают, что «пить не хочется»². Типы с «химической» диссоциацией беспомощны в трезвой жизни, из которой в лучшем случае они могут черпать страдания — материал для своих стихов³. Лечить психическую травму у них — это рубить сук, на котором сидит примирающее с действительностью алкогольное «Я». Терапевт при этом ощущает огромную ответственность: что делать дальше? Как бы то ни было, психотерапия алкогольной зависимости будет успешной, если терапевт сможет установить хороший контакт с нормативным «Я» пациента и они вместе, терапевт и нормативное «Я», смогут понять, проигнорировать, если необходимо, устранить, лишить энергии или даже убить алкогольную часть «Я». Следует заметить, что с появлением возможностей функциональной магнитно-резонансной томографии (ф-МРТ) нормативное и алкогольное «Я» утратили статус только красивой метафоры: С. Фелдштейн Эвинг с сотрудниками (Feldstein Ewing S. W. [et al.], 2011) с использованием оригинального дизайна исследования с помощью ф-МРТ удалось запечатлеть (объективизировать) одновременное существование двух противоположных по отношению к алкоголю нейрофизиологических программ.

¹ Первичные абстиненты при резко негативном отношении к потреблению алкоголя по критерию качества жизни и способности невротически реагировать на жизненные трудности занимают промежуточное положение между зависимыми от алкоголя и потребляющими алкоголь без вредных последствий (см.: Федотов И. А., Шустов Д. И., 2015).

² Есть что-то вроде известной притчи о человеке, который много трудился и много отдавал детям, часто в ущерб себе, надеясь, что на пороге смерти будет кому подать стакан воды. Однако, умирая, он вдруг осознал, что «пить не хочется».

³ Знаменитое «О, говори хоть ты со мной, / Подруга семиструнная! / Душа полна такой тоской, / А ночь такая лунная!» (Аполлон Григорьев, 1857).

Другой значимой для психотерапии характеристикой алкогольной личности является ее направленность к достижению скорой неестественной смерти. Расщепление и диссоциация создают множество относительно самостоятельных патологических субличностей. Зависимый слышит «голоса» в своей голове, которые после несложного тренинга могут быть им идентифицированы в качестве преследующих или отвергающих его нужность и важность голосов биологических родителей или иных Родительских фигур. Недостаток позитивных отцовских и избыток отвергающих материнских интроектов делают внутренний процесс алкоголика суицидным. Например, Роберт Фаерстоун (Firestone R., 1988; 1997) предложил психотерапевтическую систему — «терапию голосов», эффективность которой у зависимых лиц была подтверждена многочисленными исследованиями. Трансакционный анализ также предлагает ряд доступных метафор, чтобы показать и сделать наглядным еще более глубинный суицидогенный личностный пласт, касающийся архаичных неразрешенных конфликтов между инфантильными репрезентациями отрицательных родительских сторон и стремлением противостоять им через импульсивное бегство или поведенческие отыгрышания. Психотерапия подобного рода инфантильных конфликтов невозможна на фоне употребления алкоголя и составляет основную проблему позднего выздоровления в сообществах (Горски Т., 2013).

Действительно, проблема выздоровления от болезни зависимости является не только контрактной (например, что считать окончанием лечения при достижении цели контракта или какие признаки будут указывать, что терапия подошла к своему завершению) или социально значимой (например, когда можно вернуть водительские права, как в семье планировать будущую жизнь и рождение детей), но и определяющей всю стратегию взаимоотношений терапевта и клиента: решение о контролируемом употреблении алкоголя, использование «нетрадиционных» терапевтических подходов для формирования надежной вторичной привязанности в ходе диалектической бихевиоральной терапии и репарентинга¹ в терапевтическом сообществе, решение о необходимости изменить структуру личности и сам жизненный путь. Мы выделяем два типа выздоровления. Первый тип связан с разной степенью выраженности реструктуризации личности и направлен на обеспечение комфортного удержания длительной трезвости так, что лозунг «не бывает бывших алкоголиков» находит в нем свое выражение. Второй обусловлен глубокой личностной перестройкой и отказом от бессознательного, принятого в детстве жизненного плана (сценария жизни), предусматривающего необходимость аддиктивного поведения, причем так, что проблема

¹ Переродительства (см. подробно в тексте монографии и ниже).

«употребления — неупотребления» становится частной по отношению к основным проблемам человеческих взаимоотношений.

Второй тип выздоровления можно считать полным качественным выздоровлением. Терапевтический¹ путь к нему начинается с мотивирования к участию в терапевтических или реабилитационных программах, которое может быть одинаково успешным в рамках сотрудничества или конфронтации с учетом особенностей преалкогольной личности будущих пациентов. Учет этих особенностей, конечно, важен на всех этапах терапии, но особенно важен на самых первых этапах, а на последних именно эти особенности и остаются единственным предметом терапии. Некоторые уважаемые авторы не исключают мотивирование пациентов, находящихся в состоянии интоксикации, например, в пунктах неотложной помощи, куда страдающие доставляются для лечения сопутствующей соматической патологии или «остановки запоя».

Принцип «не иметь дела с алкогольным „Я“» наиболее контрастно звучит в известном предложении врача алкоголику: «Сначала брось пить, а затем начнем лечение». Этот принцип позволяет избежать заключения антиалкогольного контракта с алкогольным «Я», имеющим все признаки антисоциальной² личности, чтобы не обрекать на неудачу все дальнейшие терапевтические построения. В фундаменте терапии не может быть договора с алкогольной частью личности. Лечебный контракт необходимо заключить с нормативной частью личности, для чего алкогольное «Я» должно быть лишено энергии, например, в ходе разотождествления с личностью зависимого, когда алкогольное «Я» признается за новообразование, подлежащее удалению. Попытки интеграции алкогольного «Я» в основ-

¹ Есть и не терапевтический путь, остающийся за рамками данной книги. Для лечения к врачам-наркологам обращаются далеко не все пациенты, имеющие признаки алкогольной зависимости или употребления с вредными последствиями. Как показано в эпидемиологических исследованиях (Cunningham J. A., Breslin F. C., 2004) примерно две трети из всех зависимых выздоравливают самостоятельно, достигая трезвости в рамках спонтанных ремиссий либо переходя на контролируемое употребление алкоголя. И в тех и в других случаях нельзя недооценивать собственную деятельность зависимых по своему выздоровлению, а также эволюцию среды вокруг них («сухой» закон или угроза лишиться работы).

² Существование армии зависимых, совершивших преступление в состоянии опьянения или демонстрирующих признаки антисоциальности и не совершающих и не демонстрирующих ничего подобного в состоянии трезвости, говорит о том, что антисоциальность больше присуща алкогольному «Я» (алкогольной личности), но не существовала как преморбидная личностная черта или черта преалкогольной личности. Однако это достаточно скользкий вопрос.

ную личность пациента возможны в ходе построения терапевтического альянса, но этот процесс может стать длительным и исчерпать все имеющиеся терапевтические ресурсы. Контрактирование как метод терапии возможен исключительно с нормативным «Я», тогда как алкогольное «Я» может принимать участие лишь во временных соглашениях. Все неудачи договоров с алкоголиками происходят от нарушения этого принципа. Методы, ориентированные на построение прочного терапевтического альянса и обесценивание родительской установки «Не доверяй», звучащей в голове зависимого и во многом определяющей его поведение на начальных этапах терапии, наоборот, будут препятствовать последующей неудаче даже у терапевта, незнакомого с концепцией алкогольного расщепления личности. Многочисленные исследования, проведенные в том числе Лестером Люборски и его школой (Luborsky L. [et al.], 1985; Crits-Christoph P., 2011; Meier P. S. [et al.], 2005; 2006) доказывают, что будущий успех терапии зависимых достоверно связан с позитивной оценкой альянса пациентом именно при первых встречах с терапевтом. Это закладывает некоторые мистические основания «под успех», но тем не менее подтверждает бытующее мнение, что пациент и терапевт должны найти и обрести друг друга.

Считают также, что дальнейшее продвижение невозможно, если терапевт не сможет способствовать переключению идентичности пациента из «неалкоголика», который уверен, что может контролировать потребление алкоголя, в «алкоголика», у которого контроль над потреблением спиртного потерян (Brown S., 1985). Речь идет о конфронтации алкогольного отрицания фактически на стадии контакта, что достаточно спорно, особенно на фоне имеющихся данных, что у алкоголиков защита в форме отрицания используется не чаще, чем у представителей здоровой популяции. Тем не менее конфронтация отрицания в защищающих условиях терапевтического сообщества эффективна (первые три шага АА). В условиях терапевтического сообщества эффективна и терапия подострого абстинентного синдрома, или физической зависимости, которая успешно происходит при отсутствии каких-либо фармакологических препаратов и только в условиях интенсивного общения и взаимной поддержки. В амбулаторной медицинской практике на этом этапе большинство наркологов России завершают терапию алкогольной зависимости с помощью предметно-опосредованной психотерапии. Эти методики считают чисто советским изобретением (Raikhel E., 2010). Методики простые, исключительно ориентированные на эффект ожидания и эффект личности терапевта, и содержат известные, хорошо структурированные императивы: запрет, «рациональное» убеждение, зарок (обещание Богу или самому себе), разрешение начать новую жизнь. Боль-

шинство этих императивов зависимый мог бы получить и в простой бытовой обстановке по ходу жизни¹, что, скорее всего, и происходит с теми двумя третями зависимых, которые решают свои алкогольные проблемы вне медицинской среды. Поэтому изобретение российских медиков стоит ближе к народной магической практике «заговора симптома». Наверное, было бы неразумно отрицать эффективность методик кодирования, а также соотношения цены, доступности и качества для достижения терапевтических ремиссий больше года. И все же при исследовании долгосрочных ремиссий мы определили, что пациенты с тяжелыми личностными расстройствами и небезопасным стилем привязанности не формируют после предметно-опосредованной психотерапии ремиссии свыше двух лет (Шустов Д. И., Федотов И. А., Юрченко Л. Н., 2014; Федотов И. А., Шустов Д. И., 2014). Как бы то ни было, описываемый период психотерапии называется стадией установления личностью социального контроля над потреблением, сразу следующей за стадией контакта и мотивирования, иногда называемой стадией формирования терапевтического альянса.

Следующая стадия называется в транзакционном анализе стадией деконтаминации и соответствует стадии облегчения симптомов согласно Кеннету Ховарду с соавторами (Howard K. I. [et al.], 1993). Она зарождается внутри предыдущей стадии «пасмурных дней выздоровления» (Горски Т., 2013), чуть только актуальность немедленного употребления алкоголя снизилась и пациент оказался способным к пониманию и изучению своей недавней истории. Цель терапевтического вмешательства на этой стадии с точки зрения когнитивно-бихевиоральной психотерапии — освободить рациональное мышление, усилить его с помощью информирования, чтобы затем выстраивать систему поведения, позволяющую зависимому избегать патологических способов решения проблем, не откликаться на триггерные события, как повседневные, так и типичные именно для него, а также начинать менять окружение, сжигать мосты, соединяющие с прошлым. Цель аналитических и эго-центрированных методов — «расчистить» место внутри эго для инкорпорации в него новых исцеляющих интроектов терапевта или спонсора, которые (интроекты) могли бы, будучи привиты как культурный побег к дикарастущей яблоне, датировать новую позитивную программу, успешно конкурирующую со старой. В транзакционном анализе этот метод называется дачей терапевтического разрешения жить поновому, вопреки родительским установлениям. Чтобы разрешение

¹ Мы были свидетелями нескольких случаев, когда пациент был успешно «закодирован» наблюдательной и нахрапистой уборщицей, одетой в белый халат, в то время когда врач отсутствовал.

было эффективным, терапевт, дающий его как новый родитель, должен быть сильнее и гибче биологических родителей пациента, а в случае необходимости, когда пациент начинает действовать вопреки старым правилам и испытывает трудности, обеспечить ему и надлежащую защиту. Чаще всего под защитой понимается доступность терапевта вне запланированных сессий, под силой — его способность предоставлять займы свое эго (например, в виде совета или обратной связи) и демонстрировать трезвое поведение, под гибкостью — способность избегать конфронтации с родителями и родственниками пациента, уважая его принадлежность к семье и «семейную лояльность». Пациент, получивший разрешение, имеет возможность основательно поколебать свой прежний сценарий жизни и, поддерживаемый внутри своей психики интроектом терапевта, может на длительный период прекратить пить. Часть пациентов с более или менее здоровой личностной организацией имеет все шансы начать свою собственную внутреннюю работу, продвигая выздоровление на более высокий уровень, укрепляя собственные внутриличностные, а также и межличностные границы, тем самым завершая сепарацию с родителями и выстраивая супружеские отношения. Хорошее разрешение действует провитально, так что пациент реально снижает прежде высокие уровни агрессивности и аутоагрессивности. Некоторые пациенты не удерживают терапевтический интроект в результате внутриличностной «борьбы интроектов» и актуализации детского травматического опыта, начинают употреблять алкоголь, но быстро останавливаются, понимая, что без глубокой внутриличностной перестройки, то есть вне аналитической терапии, они не смогут длительно удерживать трезвость. Часть пациентов, достигнув, казалось бы, по словам Теренса Горски, «острова здравомыслия», снова падают на самое дно и нуждаются в новом цикле построения терапевтических взаимоотношений с самого начала.

Внутриличностная перестройка предполагает работу с детским травматическим опытом. Понятно, что такая работа возможна только в условиях длительной абстиненции, а переход к такой работе знаменует достижение трансферентной стадии психотерапии зависимости. Пациент в условиях индивидуальных или групповых терапевтических сессий переносит свой событийный детский опыт в ситуацию «здесь и сейчас», получая поддержку и возможность в полной мере выразить свои эмоции и изменить поведение. В интенсивном общении с терапевтом пациент может переносить и свой невербальный, проблемный опыт взаимоотношений в родительской семье. Терапевт, понимая и эмпатически проникая в сущность этих взаимоотношений, поощряет пациента к более глубокому изменению самой своей психической структуры через повышение когерентности авто-

биографического нарратива и формирование вторичной безопасной привязанности — «безопасной базы», по Джону Боулби. Процесс изменения структуры личности достаточно долгий, поскольку он предусматривает реанимацию свернутой когда-то активной деятельности по достижению потребностей, удовлетворение которых обеспечивает нормальное прохождение стадий психического развития.

Кульминацией всего процесса психотерапии является устойчивое понимание пациентом связи между особенностями развития (жизни в родительской семье), своим нынешним зависимым поведением и своей активной ролью в терапевтическом процессе («родители должны быть прощены»¹). Другими словами, пациент понимает, что, несмотря на условия своей жизни и окружение, а также на наличие альтернативных позитивных возможностей, только он сам принял решение «быть алкоголиком». Именно в силу этого обстоятельства новое решение «быть самим собой» может быть принято, а старое — перерешено. Заключительная стадия терапии — стадия перерешения — может быть достигнута, или нет, или достигнута в самые последние минуты жизни, как озарение, что «смерти нет», у толстовского Ивана Ильича².

Движение в сторону выздоровления обеспечивают зависимому пациенту представители медицинской и помогающей среды. Каждый из них, встречая клиента, либо в силу своей компетенции, либо в силу душевных качеств продвигает и обогащает его, предлагая, иногда с возрастающей настойчивостью, нечто отличное от привычного способа взаимоотношений пациента и врача. Лечение зависимого клиента требует энергии и избытка эмоционального ресурса. На каком-то этапе терапевты проецируют части своего эго на клиента, предлагая тому «усвоить» их в качестве лекарства. При этом восстановить свою целостность постоянно действующие терапевты могут в ходе собственной терапии и супервизии. Лечение алкогольной зависимости — это циклический процесс, где одно невозможно без другого.

¹ Заключительная фаза психотерапии согласно Ричарду Эрскину (Erskine R., 1973).

² Имеется в виду рассказ Льва Толстого «Смерть Ивана Ильича». Рассказ занимателен как раз своей процессуальной фабулой, когда дистресс — смертельная болезнь, а в нашем контексте — начало лечения, которое запускает процесс осознания больным своего банального личностного выбора, переоценки ценностей, понимания возможности иного пути, и достижение этого становится реальным в самый последний миг жизни.

СПИСОК ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ, ОПИСАННЫХ ИЛИ УПОМИНАЕМЫХ В РУКОВОДСТВЕ

(в круглых скобках указан номер главы)

1. Анализ алкогольных игр по Э. Берну и К. Штайнеру (4)
2. Анализ геносоциограмм (4)
3. Анализ игр абстинентов (Шустов Д. И.) (7)
4. Анализ игровых ролей (драматический треугольник С. Карпмана) (4)
5. Анализ рецидивов (5)
6. Антигомицидный контракт и контракт на «неприменение физического насилия» (4)
7. Антипсихотический контракт (4)
8. Антисуицидальный контракт (4)
9. Баланс решений (матрица решений) (5)
10. Бихевиоральные техники консультирования клиентов, находящихся в интоксикации (4)
11. Вербальная «вентиляция» (5)
12. Гипносуггестивная психотерапия (5)
13. Горевание (5)
14. Групповой амбулаторный парентинг «терапевтический минитон» по Р. Оунсу и Дж. И. Кларк (7)
15. Групповая психотерапия (2, 7)
16. Диалог между частями диссоциированного «Я» по Л. Найавиц (5)
17. Дебрифинг (5)
18. Деконтаминация: тип 1, тип 2 (5)
19. Деконтаминационная трансакция «глаз быка» (5)
20. Демистификация связующего объекта (5)
21. Двенадцатишаговая программа Анонимных Алкоголиков и Наркоманов (3)
22. Диагностическое провитальное психотерапевтическое интервью (4, 6)
23. Диалектическая бихевиоральная психотерапия (6, 7)
24. Интервенции на стадиях выздоровления по Т. Горски (3)
25. Интервью CASE Approach (6)
26. Катарсис (эмоциональное отреагирование) (1)
27. Клиент-центрированная психотерапия по К. Роджерсу (4)
28. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия (5)
29. Когнитивная реструктуризация (5)
30. Кодирование и раскодирование по А. Довженко (5)
31. Комбинированные с психотерапией фармакологические интервенции (5)
32. Консультирование по вопросам горевания у зависимых (5)

33. Консультирование по вопросам зависимости (7)
34. Консультирование при суицидальных самоповреждениях (6)
35. Континуальная психотерапия (2)
36. Контракт на «неубегание из психотерапии» (4)
37. Контракт с самим собой (4)
38. Контракт поведенческий (условия заключения) (4)
39. Конфронтация «алкогольного юмора» и «юмора висельника» (4)
40. Конфронтационное интервью (4)
41. Косвенное внушение (5)
42. Краткосрочные антиалкогольные интервенции для снижения вреда (4, 5)
43. Краткосрочные мотивационные интервенции клиентов, находящихся в интоксикации, по Диклеме (4)
44. Кризисное вмешательство (6)
45. Кризисная модель когнитивно-бихевиорального тренинга по Брауну и Беку (2002)
46. Кризисная семейная психотерапия (6)
47. Лечение, основанное на ментализации (6)
48. Логотерапия В. Франкла (5)
49. Метаболизация психической травмы (5)
50. Метод анализа центральной конфликтной темы по Л. Люборски (6)
51. Метод «доживания алкоголизма до конца» (2)
52. Метод контрактирования в наркологии (4)
53. Метод контрактирования по М. Лумис (4)
54. Методы контролируемого употребления алкоголя (3)
55. Метод направленного самоизменения (5)
56. Метод нисходящей стрелки (5)
57. Метод самомониторинга (отслеживания триггеров) (5)
58. Метод отвлечения (5)
59. Метод отчуждения алкогольного «Я» (5)
60. Методы позитивного подкрепления условных контрактов (4)
61. Метод предъявления стимулов для достижения контролируемого употребления (5)
62. Метод, сфокусированный на переносе и контрпереносе по О. Кернбергу (6)
63. Метод трансформации гнева (5)
64. Метод убеждения по В. Джонсону (4)
65. Метод уважительной конфронтации пограничных клиентов по Дж. Мастерсону (4)
66. Модель методологических принципов и навыков (1)
67. Модель убеждения (1)
68. Метод целебного зорока (5)
69. Методы управления гневом (5)
70. Методы экспрессии гнева (5)

71. Мотивационное интервью (4)
72. Нарративная психотерапия по М. Уайту (3)
73. Опосредованная стрессопсихотерапия (5)
74. Осознание наличия алкогольного «Я» в диалоге с нормативным «Я» по Т. Горски (5)
75. Отзеркаливающие интерпретации нарциссической ранимости по Дж. Мастерсону (4)
76. Отзеркаливание с помощью «поглаживаний» (7)
77. Парадоксальная интенция (5)
78. Парентинг (5)
79. План безопасности (6)
80. Плацебо-терапия (1)
81. Поведенческий тренинг самоконтроля (5)
82. Повторное переживание горя (5)
83. Поддерживающая экспрессивная психотерапия по Л. Люборски (7)
84. Подкрепление сообществом (5)
85. «Поиск безопасности» Л. Найавиц (5)
86. Противорецидивная психотерапия (тренинг) (5)
87. Профилактика пропусков терапевтических сессий (4)
88. Психотерапевтические методы с доказанной эффективностью, применяемые в наркологии (1)
89. Психотерапия мудростью (для посттравматического синдрома жесточения) (5)
90. Психотерапия, использующая магическое мышление (6)
91. Психотерапия, использующая эффект ожиданий (плацебо-терапия) (1)
92. Психотерапия перерешением (редисижн-психотерапия) (7)
93. Психотерапия потери (6)
94. Психотерапия сообществом (7)
95. Психотерапия эпискрипта (6)
96. Психотерапия прощением по Р. Энрайту (5)
97. Психотерапия самопрощением (6)
98. Психотерапия страха (5)
99. Психотерапия страха «срочной смерти» (5)
100. Психотерапия трезвенническими установками (5)
101. «Распаковка» метафорического послания по С. Сандстрему (5)
102. Регрессивный репарентинг (5)
103. Репарентинг (3)
104. Репарентинг в терапевтических сообществах (7)
105. Рефрейминг (4)
106. Речайлдинг (5)
107. Родительское интервью (5)
108. Роллинг сопротивления (4)
109. Ролевая индукция (4)

110. Саморепарентинг (5)
111. Смешенная терапия печали (5)
112. Составление кризисных планов и «карточек совладания» (5)
113. Сохранение и поддержание комплайенса (4)
114. Спот-репарентинг (точечный репарентинг) (5)
115. Супружеские трехсторонние поведенческие контакты (4)
116. Супружеский контракт на прием дисульфирама (4)
117. Сценарный анализ по Э. Берну и К. Штайнеру (3)
118. Терапия внутренних голосов (6)
119. Терапия «Врага» по К. Штайнеру (2004) (6)
120. Терапия дисфункциональных мыслей (5)
121. Терапия запретом (запретительная психотерапия; психотерапия, запрещающая употребление алкоголя) (5)
122. Терапия, использующая стадии горевания по Э. Кюблер-Росс (5)
123. Терапия ситуационного контроля (5)
124. Терапия, стимулирующая участие в Двенадцатишаговой программе (5)
125. Техники устранения «разрывов» терапевтического альянса по Дж. Шафрану (1)
126. Трансакционный анализ (4, 6)
127. Трансакционный анализ в терапевтических сообществах (7)
128. Трансакция антитезиса (6)
129. Трансакция перерешения (6, 7)
130. Транстеоретическая модель изменения Дж. Прохазки и К. ди Клементе (4)
131. Транстеоретическая модель терапевтического альянса в наркологии (4)
132. Тренинг ассертивности (5)
133. Управление умеренностью (5)
134. Условно-рефлекторная терапия алкоголизма (5)
135. Формирование терапевтического альянса (1)
136. Формирование терапевтического намерения (4)
137. Холдинг (6)
138. Экзорцизм (отреагирование одержимости) (5)
139. Экстернализация (5)
140. Эмоциональное отреагирование (катарсис) (1)
141. Эмоционально-стрессовая психотерапия (5)
142. Эмпатический подход (1)
143. Эмпатическая психотерапия (7)
144. Эмпатическая психотерапия нарциссических личностей по Х. Кохуту (7)
145. Эмпатическая трансакция (6)

Литература

1. *Агибалова Т. В.* Значение терапевтического альянса для формирования комплиантного поведения у больных опиоидной наркоманией / Т. В. Агибалова, П. В. Тучин, Д. И. Шустов // Психотерапия. — 2013. — № 12. — С. 24–30.
2. *Агибалова Т. В.* Терапевтический альянс как основной фактор формирования сотрудничества в процессе лечения больных опиоидной зависимостью / Т. В. Агибалова, П. В. Тучин, Д. И. Шустов, О. Ж. Бузик // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2014. — № 5. — Вып. 2: Аддиктивные расстройства. — С. 57–63.
3. *Акунин Б.* [Электронный ресурс] / Б. Акунин // Блог радиостанции «Эхо Москвы»: 25 октября 2014. — Режим доступа: http://echo.msk.ru/blog/b_akunin/archive/3.html. — Дата обращения: декабрь 2014.
4. Анонимные наркоманы. Руководство к работе по шагам в Анонимных наркоманах [Электронный ресурс] / Анонимные наркоманы. — Режим доступа: <http://www.narcom.ru/selfhelp/virtual.html>. — Дата обращения: сентябрь 2015.
5. *Анохин П. К.* Опережающее отражение действительности / П. К. Анохин // Вопросы философии. — 1962. — № 7. — С. 97–106.
6. *Анохин П. К.* Философские аспекты теории функциональной системы / П. К. Анохин // Избранные труды. — М.: Наука, 1978. — 400 с.
7. *Басинский П.* Святой против Льва. Иоанн Кронштадтский и Лев Толстой: история одной вражды / П. Басинский. — М.: АСТ, 2013. — 573 с.
8. *Басинский П.* Страсти по Максиму: Горький: девять дней после смерти / П. Басинский. — М.: АСТ: Астрель, 2011. — 414 с.
9. *Бек А. Т.* Когнитивная психотерапия расстройств личности / А. Т. Бек, А. Фримен // Практикум по психотерапии. — СПб.: Питер, 2002. — 544 с.
10. *Бек Дж. С.* Когнитивная терапия: полное руководство / Дж. С. Бек. — М.: ИД «Вильямс», 2006. — 400 с.
11. *Берн Э.* Игры, в которые играют люди. Психология человеческих отношений / Э. Берн. — Красноярск: Фонд ментального здоровья, 1994. — 176 с.
12. *Берн Э.* Что вы говорите после того, как сказали «привет», или Психология человеческой судьбы / Э. Берн. — М.: РИПОЛ КЛАССИК, 2004. — 415 с.
13. *Беседина О. Б.* Ремиссии при алкогольной зависимости у осужденных в условиях пенитенциарных учреждений: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О. Б. Беседина. — Томск, 2007. — 23 с.
14. *Беттельхейм Б.* Просвещенное сердце / Б. Беттельхейм // Человек. — 1992. — № 2–6.
15. *Боулби Дж.* Привязанность / Дж. Боулби. — М.: Гардарики, 2003. — 477 с.
16. *Боулби Дж.* Создание и разрушение эмоциональных связей / Дж. Боулби. — М.: Академический проект, 2004. — 232 с.
17. *Бриш К. Х.* Терапия нарушений привязанности: от теории к практике / К. Х. Бриш. — М.: Когито-Центр, 2012. — 316 с.

18. Бунин И. А. Жизнь Арсеньева / И. А. Бунин. — М.: Мир книги. — 2008. — 272 с.
19. Валентик Ю. В. Мишени психотерапии в наркологии / Ю. В. Валентик // Лекции по наркологии / под ред. проф. Н. Н. Иванца. — М.: Нолидж. — 2000а. — С. 295–308.
20. Валентик Ю. В. Континуальная психотерапия больных с зависимостью от психоактивных веществ / Ю. В. Валентик // Лекции по наркологии / под ред. проф. Н. Н. Иванца. — М.: Нолидж, 2000b. — С. 341–364.
21. Вассерман Д. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / Д. Вассерман. — М.: Смысл, 2005. — 310 с.
22. Волкан В. Жизнь после утраты: психология горевания / В. Волкан, Э. Зинтл. — М.: Когито-Центр, 2007. — 220 с.
23. Вольнов Н. М. [и др.]. Два стиля поведения военнослужащих с аутоагрессивными тенденциями / Н. М. Вольнов, В. Ф. Войцех, Д. И. Шустов // Социальная и клиническая психиатрия. — 2004. — № 14. — С. 33–38.
24. Воробьев В. С. [и др.]. Применение метода косметического улучшения внешности в системе терапии больных алкоголизмом: методические рекомендации кафедры психиатрии и наркологии ФУ и СВ / В. С. Воробьев, Г. И. Бабенков, Ю. И. Коршикова [и др.]. — М.: Московский стоматологический институт им. Н. А. Семашко, 1985.
25. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.who.int/ru/>. — Дата обращения: 20.10.2013.
26. Галант И. Б. Эвроэндокринология великих русских писателей и поэтов / И. Б. Галант // Клинический архив гениальности и одаренности (эвропатологии) / под редакцией д-ра Г. В. Сегалина. — 1927. — Вып. 3. — Т. III. — С. 203–242.
27. Горски Т. Т. Путь выздоровления. План действий для предотвращения срыва / Т. Т. Горски. — М.: Институт общегуманитарных исследований, 2013. — 160 с.
28. Горький М. На дне / М. Горький // Собр. соч. в 16 т. — Т. 15. Пьесы. — М.: Правда, 1979а. — С. 97–164.
29. Горький М. Пьесы / М. Горький // Собр. соч. в 16 т. — Т. 15. — М.: Правда, 1979b. — С. 339.
30. Гофман А. Г. Ремиссии у больных алкоголизмом / А. Г. Гофман // Вопросы наркологии. — 2013. — № 4. — С. 110–118.
31. Григорьев В. И. Алкоголизм в клиническом и биологическом аспектах и вопросы его лечения: дис. ... д-ра мед. наук / Григорьев В. И. — Рязань, 1970. — 361 с.
32. Гринсон Р. Р. Техника и практика психоанализа / Р. Р. Гринсон. — М.: Когито-Центр, 2003. — 478 с.
33. Гулдинг М. Психотерапия нового решения. Теория и практика / М. Гулдинг, Р. Гулдинг. — М.: Независимая фирма «Класс», 2001. — 288 с.
34. Дворщенко В. П. Диагностический тест личностных расстройств / В. П. Дворщенко. — М.: Речь, 2008. — 112 с.
35. Джеймс М. Рожденные выигрывать: трансактный анализ с гештальт-упражнениями / М. Джеймс, Д. Джонгвард. — М.: Прогресс; Универс, 1993. — 336 с.

36. *Джонсон В.* Метод убеждения: как заставить наркомана или алкоголика лечиться / В. Джонсон. — М.: Институт общегуманитарных исследований, 2012. — 112 с.

37. *Достоевский Ф. М.* Преступление и наказание / Ф. М. Достоевский. — М.: Эксмо, 2012. — 733 с.

38. *Ерышев О. Ф.* [и др.]. Алкогольная зависимость: формирование, течение, противоречивая терапия / О. Ф. Ерышев, Т. Г. Рыбакова, П. Д. Шабанов. — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2002. — 192 с.

39. *Зеленский В. В.* Джеймс Хиллман в зеркале архетипической психологии: предисловие к книге / В. В. Зеленский // Самоубийство и душа / Дж. Хиллман. — М.: Когито-Центр, 2004. — С. 5–59.

40. *Инглиш Ф.* Различение Жертвы в драматическом треугольнике / Ф. Инглиш // Психотерапия. — 2004. — № 12. — С. 20, 21.

41. *Казаков Ю. П.* Во сне ты горько плакал / Ю. П. Казаков. — М.: Астрель, 2011. — 640 с.

42. *Казарин Ю. В.* Поэт Борис Рыжий / Ю. В. Казарин. — Екатеринбург: Изд-во Уральского университета, 2009. — 310 с.

43. *Кернберг О.* Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии / О. Кернберг. — М.: Класс, 2001. — 464 с.

44. *Кокс М.* Взаимоотношения равенства в психотерапии: роли, права и ответственность / М. Кокс // 5 лет Рязанской ассоциации транзактного анализа: сб. статей / ред. Д. И. Шустов. — Рязань: Пресса, 2000. — С. 16–25.

45. *Кохут Х.* Анализ самости: системный подход к лечению нарциссических нарушений личности / Х. Кохут. — М.: Когито-Центр, 2003. — 368 с.

46. *Кошкина Е. А., Киржанова В. В.* Проблемы распространенности болезней зависимости и основные направления совершенствования наркологической помощи в России // Вопросы наркологии. — 2013. — № 6. — С. 10–26.

47. *Куприн А. И.* Славянская душа / А. И. Куприн // Собр. соч. — М.: Художественная литература, 1970. — Т. 1. — С. 159–167.

48. *Ламонт К.* Иллюзия бессмертия / К. Ламонт. — М.: Изд-во политической литературы, 1984. — 288 с.

49. *Люборски Л.* Принципы психоаналитической психотерапии: руководство по поддерживающему экспрессивному лечению / Л. Люборски. — М.: Когито-Центр, 2003. — 256 с.

50. *Ляшенко Л. М.* Александр II, или История трех одиночеств / Л. М. Ляшенко. — М.: Молодая гвардия, 2010. — 359 с.

51. *Мак-Дугалл Д.* Театр души. Иллюзия и правда на психоаналитической сцене / Д. Мак-Дугалл. — СПб.: ВЕИП, 2002. — 312 с.

52. *Мак-Намара Дж.* Лекция / Дж. Мак-Намара // Международный форум психологов-консультантов «Психологическое консультирование: европейские стандарты в России». — Кисловодск, 2010. — Не опубликовано.

53. *Маршак С. Я.* Горя бояться — счастья не выдать / С. Я. Маршак // Веселые стихи и умные сказки. — М.: АСТ, 2015. — С. 155–226.

54. *Мастерсон Дж.* Терапевтический альянс с пациентами, страдающими пограничными и нарциссическими личностными расстройствами: метод развития «Я» и объектных отношений / Дж. Мастерсон // Эволюция психоте-

рапии. — Том 2. Осень патриархов: Психоаналитически ориентированная и когнитивно-бихевиоральная психотерапия. — М.: Класс, 1998. — 416 с.

55. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств / под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. — СПб.: Оверлайд, 1994. — 300 с.

56. *Мень А.* Сын человеческий / А. Мень. — М.: P. S., 1991. — 464 с.

57. *Меринов А. В.* Аутоагрессивное поведение и оценка суицидального риска у больных алкогольной зависимостью и членов их семей: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.27; 14.01.06 / А. В. Меринов. — М., 2012. — 48 с.

58. *Меринов А. В., Шустов Д. И.* Скрытая суицидальность у больных алкогольной зависимостью // Вопросы наркологии. — 2010. — № 5. — С. 90–94.

59. *Меринов А. В., Шустов Д. И.* Психологические и суицидологические особенности женщин, состоящих в браке с мужчинами, страдающими алкогольной зависимостью и имеющими суицидальные наклонности // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2011. — Т. 111. — Вып. 2: Алкоголизм. — С. 58–61.

60. *Меринов А. В., Шустов Д. И.* Феномен финальной открытости семейной системы в браках страдающих алкогольной зависимостью мужчин // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2012. — Т. 112. — Вып. 10. — С. 64–67.

61. *Михайлов С. Е.* Страх срочной смерти / С. Е. Михайлов // 5 лет Рязанской ассоциации транзакционного анализа: сб. статей. — Рязань: Пресса, 2000. — С. 108–112.

62. *Молоканов М. В., Хайруллина З. Р.* Психологическая обоснованность использования знаний клиента об отклонениях при его рождении в качестве психотерапевтической метафоры // Московский психотерапевтический журнал. — 1994. — № 4. — С. 29–45.

63. *Нагибин Ю.* Время жить / Ю. Нагибин. — М.: Современник, 1987. — 510 с.

64. Наркология: национальное руководство / ред. Н. Н. Иванец, И. П. Анохина, М. А. Винникова. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 944 с.

65. *Новиков С. А.* [и др.]. Алкогольная зависимость и проявления аутоагрессивного поведения у пациентов с различными типами личности (клинико-терапевтическое исследование): дис. ... канд. мед. наук: 14.01.27 / С. А. Новиков. — М., 2014. — 179 с.

66. *Новиков С. А.* [и др.]. Аутоагрессивное поведение при алкогольной зависимости у пациентов с различной личностной предрасположенностью / С. А. Новиков, Д. И. Шустов, П. В. Тучин // Вопросы наркологии. — 2013. — № 2. — С. 40–51.

67. *Новиков С. А., Шустов Д. И.* Психотерапия алкогольной зависимости у пациентов с различными типами личности и проявлениями аутоагрессивного поведения // Наркология. — 2013а. — № 11. — С. 61–65.

68. *Новиков С. А., Шустов Д. И.* Результаты психотерапии алкогольной зависимости у пациентов с различной личностной предрасположенностью // Практическая медицина. — 2013б. — Вып. 1. — № 66. — С. 171–175.

69. Павлов И. С. [и др.]. Трезвеннический образ жизни как главная цель при лечении больных хроническим алкоголизмом : метод. указания МЗ РФ / И. С. Павлов, В. Е. Рожнов, Н. С. Захарова. — М., 1984. — 27 с.
70. Патнем Ф. В. Диагностика и лечение расстройства множественной личности / Ф. В. Патнем. — М. : Когито-Центр, 2004. — 440 с.
71. Портнов А. А., Пятницкая И. Н. Клиника алкоголизма. — Л. : Медицина, 1973. — 368 с.
72. Поттер-Эфрон Р. Стыд, вина и алкоголизм: клиническая практика / Р. Поттер-Эфрон. — М. : Институт общегуманитарных исследований, 2002. — 416 с.
73. Прохазка Д. [и др.]. Психология позитивных изменений. Как навсегда избавиться от вредных привычек / Д. Прохазка, Д. Норкросс, К. ди Клемента. — М. : Манн, Иванов и Фербер, 2013. — 320 с.
74. Райкрофт Ч. Критический словарь психоанализа / Ч. Райкрофт. — СПб. : Восточноевропейский институт психоанализа, 1995. — 288 с.
75. Рильке Р. М. Новые стихотворения / Р. М. Рильке. — М. : Наука, 1977. — С. 370.
76. Роджерс К. Искусство консультирования и терапии / К. Роджерс. — М. : Апрель Пресс : Эксмо, 2002. — 976 с.
77. Рубцов Н. М. Русский огонек. Воспоминания о Николае Рубцове. В 2 Т. / Н. М. Рубцов. — Вологда : КИФ «Вестник», 1994. — Т. 2. — 426 с.
78. Скворцов К. А. Очерки по психотерапии соматического больного / К. А. Скворцов. — М. : Институт психиатрии Минздрава СССР, 1958. — 88 с.
79. Собчик Л. Н. Введение в психологию индивидуальности / Л. Н. Собчик. — М. : ИПП-ИСП, 2001. — 512 с.
80. Старшенбаум Г. В. Формы и методы кризисной психотерапии : методические рекомендации / Г. В. Старшенбаум, А. Г. Амбрумова. — М. : Московский НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1987. — 20 с.
81. Стасевич К. Мы получаем удовольствие от новых слов [Электронный ресурс] / К. Стасевич // Наука и жизнь. — 2014. — Режим доступа : <http://www.nkj.ru/news/25110/>. — Дата обращения: январь 2015 г.
82. Стрельчук И. В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем / И. В. Стрельчук. — М. : Медицина, 1966. — 331 с.
83. Стюарт Я., Джойнс В. Современный транзактный анализ. — СПб. : Социально-психологический центр, 1996. — С. 275–282.
84. Судаков К. В. Развитие теории функциональных систем в научной школе П. К. Анохина [Электронный ресурс] / К. В. Судаков // Вестник Международной академии наук, русская секция. — 2011. — № 1. — Режим доступа : <http://www.heraldrsias.ru/download/articles/Sudakov.pdf>. — Дата обращения: март 2015 г.
85. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. — СПб. : Питер, 2001. — 272 с.
86. Туниссен М. Структурное развитие эго-состояния Ребенка / М. Туниссен // 5 лет Рязанской ассоциации транзакционного анализа : сб. статей. — Рязань : Пресса, 2000. — С. 37–48.
87. Турова З. Г. Хронический алкоголизм и психогения (их взаимодействие по данным судебно-психиатрической клиники) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Турова З. Г. — М., 1972. — 27 с.

88. Тугин П. В. Альянс-центрированный метод краткосрочной психотерапии в лечении больных опиоидной зависимостью : дис. ... канд. мед. наук: 14.01.27 / Тугин П. В. — М., 2014. — 184 с.

89. Уайт М. Карты нарративной практики: введение в нарративную терапию / М. Уайт. — М. : Генезис, 2010. — 326 с.

90. Федотов И. А., Шустов Д. И. Исследование средовых факторов передачи склонности к алкогольной зависимости методом анализа автобиографического нарратива // Вопросы наркологии. — 2015. — № 2. — С. 34—47.

91. Федотов И. А., Шустов Д. И. Роль феномена привязанности к родителям в генезе алкогольной зависимости // Российский научный журнал. — 2014. — № 3. — С. 316—322.

92. Филоненко Е. В. Алкогольная аддиктивная коморбидность у пациентов с личностными расстройствами : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Е. В. Филоненко. — Новосибирск, 2006. — 28 с.

93. Фрезер Т. Гнев: не выражай и не подавляй его / Т. Фрезер // 5 лет Рязанской Ассоциации трансактного анализа : сб. статей / ред. Д. И. Шустов. — Рязань : Пресса, 2000. — С. 72—84.

94. Хиллман Дж. Самоубийство и душа / Дж. Хиллман. — М. : Когито-Центр, 2004. — 272 с.

95. Ховкинс П., Шохет Р. Супервизия. Индивидуальный, групповой и организационный подходы. — СПб. : Речь, 2002. — 352 с.

96. Хомячкова Е. Постоянного в друзьях только их количество? [Электронный ресурс] / Е. Хомячкова // Наука и жизнь. — 2014. — Режим доступа : <http://www.nkj.ru/news/23687/index.php?mobile=N&ID=23687>. — Дата обращения: январь 2015 г.

97. Шитов Е. А., Шустов Д. И. Взаимосвязь детской психической травмы и диссоциативных процессов психики у больных алкоголизмом // Российский медико-биологический вестник им. акад. И. П Павлова. — 2006. — № 2. — С. 54—58.

98. Шитов Е. А. Влияние ранней детской психической травмы на клинику и динамику алкогольной зависимости : дис. ... канд. мед. наук / Е. А. Шитов. — Рязань, 2007. — 146 с.

99. Шнейдман Э. Душа самоубийцы / Э. Шнейдман. — М. : Смысл, 2001. — 315 с.

100. Штайнер К. Лечение алкоголизма / К. Штайнер: авторское переработанное издание на русском языке. — СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2004. — 224 с.

101. Штайнер К. Сценарии жизни людей. Школа Эрика Берна / К. Штайнер. — СПб. : Питер, 2003. — 416 с.

102. Шувалов А. В. Безумные грани таланта: энциклопедия патографий / А. В. Шувалов. — М. : АСТ : Астрель : Люкс, 2004. — 1212 с.

103. Шувалов А. В., Бузык О. Ж. Вечные спутники: творчество и алкоголизм. — М. : Институт консультирования и системных решений, Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига, 2015. — 264 с.

104. Шукшин В. С. Собрание сочинений в 3 т. // Т. 2 : Рассказы 1960—1971 / В. С. Шукшин. — М. : Молодая гвардия, 1985. — 591 с.

105. *Шустов Д. И.* Анализ супервизионных наркологических случаев / Д. И. Шустов // Вопросы наркологии. — 2014. — № 3. — С. 89–96.

106. *Шустов Д. И.* Аутоагрессивное поведение и алкоголизм: клинико-терапевтическое исследование : дис. ... д-ра мед. наук / Д. И. Шустов. — Рязань, 2000. — 382 с.

107. *Шустов Д. И.* Аутоагрессия, суицид и алкоголизм / Д. И. Шустов. — М. : Когито-Центр, 2005. — 214 с.

108. *Шустов Д. И.* [и др.]. Вторичная алкогольная зависимость у пациентов с шизофренией и органическими поражениями головного мозга / Д. И. Шустов, Д. Н. Киселев, С. А. Новиков, Н. Л. Зуйкова // Вестник Витебского госмедуниверситета, 2014. — Т. 13. — № 4. — С. 117–125.

109. *Шустов Д. И.* [и др.]. Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью : пособие для врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов / Д. И. Шустов, А. В. Меринов, Ю. В. Валентик. — М. : Секция наркологии МЗ РФ, 2000. — 20 с.

110. *Шустов Д. И.* [и др.]. Жизненный сценарий в свете теории функциональных систем П. К. Анохина: в поисках точек соприкосновения психологии, психиатрии и психофизиологии / Д. И. Шустов, И. А. Федотов, С. А. Новиков // Российский медико-биологический вестник им. акад. И. П. Павлова. — 2013. — № 3. — С. 172–175.

111. *Шустов Д. И.* [и др.]. Клинико-психологическая статика и динамика терапевтических ремиссий при алкогольной зависимости / Д. И. Шустов, И. А. Федотов, Л. Н. Юрченко // Наркология. — 2014. — № 9. — С. 57–61.

112. *Шустов Д. И., Валентик Ю. В.* Несуицидальное аутоагрессивное поведение при алкоголизме (литературные и собственные данные) // Вопросы наркологии. — 2001. — № 4. — С. 32–43.

113. *Шустов Д. И.* [и др.]. Обратная сторона алкогольной зависимости: абстиненты и спонтанные ремиссии / Д. И. Шустов, Т. В. Агибалова, И. А. Федотов // Вопросы наркологии. — 2014. — № 5. — С. 147–161.

114. *Шустов Д. И.* Руководство по клиническому транзактному анализу / Д. И. Шустов. — М. : Когито-Центр, 2009. — 367 с.

115. *Шутценбергер А. А.* Синдром предков / А. А. Шутценбергер. — М. : Изд-во института психотерапии, 2001. — 256 с.

116. *Энтин Г. М.* Летальные исходы при нарушениях режима трезвости после опосредованной стрессопсихотерапии больных алкоголизмом / Г. М. Энтин // Социальная и клиническая психиатрия. — 2001. — № 4. — С. 88, 89.

117. *Юргенко Л. Н., Шустов Д. И.* Катамнез больных алкоголизмом с длительной терапевтической ремиссией // Современные проблемы наркологии: материалы международной научно-практической конференции. — М., 2002. — С. 56.

118. *Юргенко Л. Н., Ховрагев А. П.* Сравнительный анализ расстройств зрелой личности у больных алкоголизмом в процессе формирования трезвого образа жизни // Актуальные проблемы клинической и экспериментальной патологии. — Рязань : РязГМУ, 2007. — С. 155–161.

119. *Adams Z. W.* [et al.]. Interactive effects of drinking history and impulsivity on college drinking / *Z. W. Adams, R. Milich, D. R. Lynam, R. J. Charnigo* // *Addictive Behaviors*. — 2013. — No 12. — P. 2860–2867.

120. *Alcoholics Anonymous*. *Dr. Bob and the Good Oldtimers* / *Alcoholics Anonymous*. — NY : *Alcoholics Anonymous World Services, Inc.*, 1980. — 373 p.

121. *Allen J. G.* [et al.]. Mentalizing in clinical practice / *J. G. Allen, P. Fonagy, A. Bateman*. — Washington, DC : *American Psychiatric Publishing*, 2008. — 400 p.

122. *American Psychiatric Association*. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th edition / *American Psychiatric Association*. — Arlington, VA : *American Psychiatric Publishing*, 2013. — 970 p.

123. *American Psychiatric Association*. *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviours* / *American Psychiatric Association* // *American Journal of Psychiatry*. — Supplement. — 2003. — Vol. 160. — No 11. — P. 1–60.

124. *American Psychological Association*. *Recognition of psychotherapy effectiveness* / *American Psychological Association* // *Psychotherapy*. — 2013. — V. 50. — No 1. — P. 102–109.

125. *American Society of Addiction Medicine*. *Public policy statement on relapse in healthcare and other licensed professionals* [Электронный ресурс] / *American Society of Addiction Medicine*. — 2011. — Режим доступа : http://www.asam.org/docs/public-policy-statements/111pip_relapse_4-11.pdf?sfvrsn=0. — Дата обращения: сентябрь 2014 г.

126. *Arroyave F.* Some implications of transference and countertransference in the treatment of dependence / *F. Arroyave* // *Journal of Analytical Psychology*. — 1986. — Vol. 31. — P. 199–206.

127. *Artkoski T., Saarnio P.* Therapist's gender and gender roles: impact on attitudes toward clients in substance abuse treatment [Электронный ресурс] // *Journal of Addiction*. — 2013. — Article ID 591521. — Режим доступа : <http://www.hindawi.com/journals/jad/2013/591521/>. — Дата обращения: октябрь 2014 г.

128. *Assay T. P., Lambert M. J.* The empirical case for the common factors in therapy: quantitative findings / *The heart and soul of change: what works in therapy* / *M. A. Hubble, B. L. Duncan, S. D. Miller*. — Washington, DC : *American Psychological Association*, 1999. — P. 33–56.

129. *Assmann G.* Das vegetative Entzugssyndrom und das protrahiert verlaufende Abstinenz-syndrom-ambulante Diagnostik und Therapie // *Z. Arztl. Fortbild.* — 1989. — Bd. 83. — No 16. — P. 816–821.

130. *Baars B. J., Gage N. M.* *Cognition, brain and consciousness. introduction to cognitive neuroscience*. — Oxford : *Academic Press*, 2010. — 672 p.

131. *Bach P., McCracken S. G.* *Best practice guidelines for behavioral interventions* // *Behavioral health recovery management project*. — Illinois : *Illinois Department of Human Services' Office of Alcoholism and Substance Abuse*, 2006. — 58 p.

132. *Bailey M., Stewart J.* *Normal drinking by persons reporting previous problem drinking* // *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*. — 1967. — No 28. — P. 305–315.

133. *Baker M. E.* Self-forgiveness: an empowering tool for working with women in recovery / M. E. Baker // Women's reflections on the complexities of forgiveness / Eds. W. M. Malcolm, N. DeCourville, K. Belicki. — N.Y. : Brunner-Routledge, 2007. — P. 61–74.

134. *Baker T. B.* [et al.]. Current status and future prospects of clinical psychology: toward a scientifically principled approach to mental and behavioral health care / T. B. Baker, R. M. McFall, V. Shoham // Psychological Science in the Public Interest. — 2009. — Vol. 9. — No 2. — P. 67–103.

135. *Baldwin S. A., Imel Z. E.* Therapist effects: findings and methods // Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. — Hoboken, NJ : John Wiley & Sons Inc., 2013. — P. 259–297.

136. *Baldwin S. A.* [et al.]. Untangling the alliance-outcome correlation: exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance / S. A. Baldwin, B. E. Wampold, Z. E. Imel // Journal of Consulting and Clinical Psychology. — 2007. — Vol. 75. — P. 842–852.

137. *Balint M.* Therapeutische Regression, primäre Liebe und Grundstörung / M. Balint // Ders., Therapeutische Aspekte der Regression. — Hamburg : Rowohlt, 1973. — P. 193–209.

138. *Baskin T. W.* [et al.]. Establishing specificity in psychotherapy: a meta-analysis of structural equivalence of placebo controls / T. W. Baskin, S. C. Tierney, T. Minami, B. E. Wampold // Journal of Consulting and Clinical Psychology. — 2003. — V. 71. — No 6. — P. 973–979.

139. *Bateman A., Fonagy P.* Mentalization based treatment for borderline personality disorder // World Psychiatry. — 2010. — Vol. 9. — P. 1–15.

140. *Beauregard M.* Mind does really matter: evidence from neuroimaging studies of emotional self-regulation, psychotherapy, and placebo effect / M. Beauregard / Progress in Neurobiology. — 2007. — No 81. — P. 218–236.

141. *Beck A. T.* Cognitive therapy and the emotional disorders / A. T. Beck. — N.Y. : International Universities Press, 1976. — 361 p.

142. *Beck A. T.* [et al.]. Cognitive therapy of substance abuse / A. T. Beck, F. D. Wright, C. F. Newman, B. S. Liese. — N.Y. : Guilford Press. — 1993. — 354 p.

143. *Beck J.* [et al.]. Cognitive therapy / J. Beck, B. Liese, L. M. Najavits // Clinical textbook of addictive disorders / eds. R. J. Frances, S. I. Miller, A. Mack. — N.Y. : Guilford Press, 2005. — P. 474–501.

144. *Beechem M. H.* [et al.]. Loss-grief addiction model / M. H. Beechem, J. Prewitt, J. Scholar // Journal of Drug Education. — 1996. — Vol. 26. — No 2. — P. 183–198.

145. *Beecher H. K.* The powerful placebo / H. K. Beecher // Journal of the American Medical Association. — 1955. — Vol. 159. — No 17. — P. 1602–1606.

146. *Benedetti F.* [et al.]. How placebos change the patient's brain / F. Benedetti, E. Carlino, A. Pollo // Neuropsychopharmacology Reviews. — 2011. — No 36. — P. 339–354.

147. *Benedetti F.* Placebo and the new physiology of the doctor-patient relationship / F. Benedetti // Physiological Reviews. — 2013. — Vol. 93. — No 3. — P. 1207–1246.

148. *Benedetti F., Amanzio M.* The placebo response: how words and rituals change the patient's brain // Patient Education and Counseling. — 2011. — No 84. — P. 413–419.

149. *Benedetti F.* The placebo response: science versus ethics and the vulnerability of the patient / F. Benedetti // World Psychiatry. — 2012. — Vol. 11. — No 2. — P. 70–72.

150. *Benishek D., Wichowski H. C.* Dissociation in adults with a diagnosis of substance abuse // Nursing Times. — 2003. — V. 99. — No 20. — P. 34–36.

151. *Bergin A. E., Lambert M. J.* The evaluation of therapeutic outcomes // Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis / S. L. Garfield, A. E. Bergin (Eds.). — N.Y. : Wiley. — 1978. — P. 139–189.

152. *Berglund K.* [et al.]. Do men with excessive alcohol consumption and social stability have an addictive personality? / K. Berglund, E. Roman, J. Balldin [et al.] // Scandinavian Journal of Psychology. — 2011. — No 52. — P. 257–260.

153. *Berk M. S.* [et al.]. A cognitive therapy intervention for suicide attempters: an overview of the treatment and case examples / M. S. Berk, G. R. Henriques, D. M. Warman [et al.] // Cognitive Behavioral Practice. — 2004. — Vol. 11. — P. 265–277.

154. *Berkowitz L.* Aggression: its causes, consequences and control / L. Berkowitz. — Boston : McGraw-Hill, Inc., 1993. — 485 p.

155. *Berne E.* Games people play / E. Berne. — N.Y. : Grove Press, 1964. — 192 p.

156. *Berne E.* Principles of group treatment / E. Berne. — N. Y. : Grove Press, 1966. — 324 p.

157. *Berne E.* Sex in human loving / E. Berne. — N.Y. : Simon and Schuster. — 1970. — 288 p.

158. *Berne E.* Transactional analysis in psychotherapy: a systematic individual and social psychiatry / E. Berne. — N.Y. : Grove Press, 1961. — 270 p.

159. *Berne E.* What do you say after you say Hello? / E. Berne. — N.Y. : Grove Press, 1972. — 457 p.

160. *Bettelheim B.* Surviving the Holocaust and other essays / B. Bettelheim. — London : Fontana. — 1986.

161. *Beutler L. E.* [et al.]. Adapting psychotherapy to the individual patient: resistance/reactance level / L. E. Beutler, T. M. Harwood, A. Michelson [et al.] // Journal of Clinical Psychology. — 2011. — Vol. 67. — P. 133–142.

162. *Beutler L. E.* [et al.]. Therapist variables / L. E. Beutler, M. Malik, S. Alimohamed [et al.] // Handbook of psychotherapy and behavior change (5th ed.) / M. J. Lambert (Ed). — Hoboken, N. J. : John Wiley and Sons, 2004. — P. 227–306.

163. *Bhattacharya J.* [et al.]. The Gorbachev anti-alcohol campaign and Russia's mortality crisis: National Bureau of Economic Research working paper No. 1859 [Электронный ресурс] / J. Bhattacharya, C. Gathmann, G. J. Miller. — Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, 2012. — Режим доступа : <http://www.nber.org/papers/w18589.pdf>. — Дата обращения: февраль 2015 г.

164. *Bien T. H.* [et al.]. Brief interventions for alcohol problems: a review / T. H. Bien, W. R. Miller, J. S. Tonigan // *Addiction*. — 1993. — Vol. 88. — P. 315–336.

165. *Bischof G.* [et al.]. Maintenance factors of recovery from alcohol dependence in treated and untreated individuals / G. Bischof, H. J. Rumpf, U. Hapke [et al.] // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. — 2000. — No 24. — P. 1773–1777.

166. *Bohart A. C., Greaves Wade A.* The client in psychotherapy // *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* / M. J. Lambert (Ed.). — Hoboken, N. J. : John Wiley & Sons Inc., 2013. — P. 219–257.

167. *Bonanno G. A.* The other side of sadness. What the new science of bereavement tells us about life after loss / G. A. Bonanno. — N. Y. : Basic Books, 2010. — 240 p.

168. *Book H. E.* How to practice brief psychodynamic psychotherapy: The Core Conflictual Relationship Theme method / H. E. Book. — Washington DC : American Psychological Association, 1998. — 181 p.

169. *Bordin E. S.* The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance / E. S. Bordin // *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1979. — Vol. 16. — No 3. — P. 252–260.

170. *Bordin E. S.* Theory and research on the therapeutic working alliance: New Directions / E. S. Bordin // *The Working Alliance. Theory, Research, and Practice* / A. O. Horvath, L. S. Greenberg (eds.). — N. Y. : Wiley, 1994. — P. 13–37.

171. *Boriskin J. A.* *PTSD and addiction: A practical guide for clinicians and counselors* / J. A. Boriskin. — Center City, MN : Hazelden, 2004. — 176 p.

172. *Bowlby J.* Attachment theory, separation anxiety and mourning / J. Bowlby // *American Handbook in Psychiatry* / Ed. S. Arieti. — N. Y. : Basic Books, 1975. — P. 292–309.

173. *Bowlby J.* The making and breaking of affectional bonds / J. Bowlby. — London : Tavistock Publications Ltd., 1979. — 192 p.

174. *Boyd H., Cowles-Boyd L.* Blocking tragic script // *Transactional Analysis Journal*. — 1980. — Vol. 10. — P. 227–229.

175. *Branson C. E.* [et al.]. A pilot study of low-cost contingency management to increase attendance in an adolescent substance abuse program / C. E. Branson, A. M. Barbuti, P. Clemmey [et al.] // *American Journal on Addictions*. — 2012. — Vol. 21. — P. 126–129.

176. *Brown B. S.* [et al.]. Factors associated with treatment outcomes in an aftercare population / B. S. Brown, K. O'Grady, R. J. Battjes, E. V. Farrell // *American Journal on Addictions*. — 2004. — Vol. 13. — P. 447–460.

177. *Brown G. K.* [et al.]. Cognitive therapy treatment manual for suicide attempters / G. K. Brown, G. R. Henriques, C. Ratto, A. T. Beck. — Philadelphia : University of Pennsylvania, 2002.

178. *Brown G. S.* [et al.]. Identifying highly effective psychotherapists in a managed care environment / G. S. Brown, E. R. Jones, M. J. Lambert [et al.] // *American Journal of Managed Care*. — 2005. — Vol. 11. — No 8. — P. 513–520.

179. *Brown S.* Treating the alcoholic: a developmental model for recovery / S. Brown. — N. Y. : John Wiley, 1985. — 376 p.

180. *Burns D. D.* Feeling good: the new mood therapy / D. D. Burns. — N. Y. : William Morrow & Company, 1980. — 393 p.

181. *Bühler Ch.* Genetic aspects of the self / Ch. Bühler // *Annals of the N. Y. Acad. of Science.* — 1962. — Vol. 96. — Art. 3. — P. 730–764.

182. *Byng-Hall J.* Family scripts and loss / J. Byng-Hall // *Living beyond loss: Death in the family* / F. Walsh & M. McGoldrick (eds.). — N. Y. : W. W. Norton. — 1991. — P. 130–143.

183. *Byrne G. J.* [et al.]. A. Alcohol consumption and psychological distress in recently widowed older men / G. J. A. Byrne, B. Raphael, E. Arnold // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.* — 1999. — Vol. 33. — No 5. — P. 740–747.

184. *Callaghan R. C.* [et al.]. Does progressive stage transition mean getting better? A test of the Transtheoretical Model in alcoholism recovery / R. C. Callaghan, L. Taykor, J. A. Cunningham // *Addiction.* — 2007. — Vol. 102. — No 10. — P. 1588–1596.

185. *Campbell B. K.* Developing the therapeutic alliance as a bridge to treatment: training manual for the therapeutic alliance intervention [Электронный ресурс] / B. K. Campbell. — NIDA, 2008. — Unpublished publication. — Режим доступа: <http://ctndisseminationlibrary.org/display/284.htm>. — Дата обращения: август 2014 г.

186. *Carballo J. L.* [et al.]. Differences among substance abusers in Spain who recovered with treatment or on their own / J. L. Carballo, J. R. Fernández-Hermida, L. C. Sobell [et al.] // *Addictive Behaviors.* — 2008. — No 3. — P. 94–105.

187. *Carlsson A.* The current status of the dopamine hypothesis of schizophrenia / A. Carlsson // *Neuropsychopharmacology.* — 1988. — No 1. — P. 179–186.

188. *Carlsson A., Lecrubier Y.* Progress in dopamine research in schizophrenia — London, N. Y. : Taylor and Francis, 2004. — 136 p.

189. *Carroll K. M., Onken L. S.* Behavioral therapies for drug abuse // *American Journal of Psychiatry.* — 2005. — Vol. 162. — P. 1452–1460.

190. *Castonguay L. G.* A common factors approach to psychotherapy training // *Journal of Psychotherapy Integration.* — 2000. — Vol. 10. — P. 263–282.

191. *Chartrand T. L., Bargh J. A.* The chameleon effect: the perception behavior link and social interaction // *Journal of Personality and Social Psychology.* 1999. — Vol. 76. — P. 893–910.

192. *Clark D. B.* The natural history of adolescent alcohol use disorders / D. B. Clark // *Addiction.* — 2004. — Vol. 99. — P. 5–22.

193. *Clark D. M.* [et al.]. Improving access to psychological therapy: initial evaluation of two UK demonstration sites / D. M. Clark, R. Layard, R. Smithies [et al.] // *Behaviour Research and Therapy.* — 2009. — Vol. 47. — No 11. — P. 910–920.

194. *Clarke J. I., Dawson C.* Growing up again: parenting ourselves, parenting our children. — Center City, MN : Hazelden, 1998. — 336 p.

195. *Clarkin J. F., Levy K. N.* The influence of client variables on psychotherapy // *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* / Ed. M. Lambert. — N. Y. : Wiley & Sons, 2003. — P. 194–226.

196. *Clarkson P., Fish S.* Rechilding: Creating a new past in the present as a support for the future // *Transactional Analysis Journal*. – 1988. – Vol. 18. – No 1. – P. 51–59.
197. *Classen C.* [et al.]. Trauma and dissociation / C. Classen, C. Koopman, D. Spiegel // *Bulletin of the Menninger Clinic*. – 1993. – Vol. 57. – P. 178–194.
198. *Cloninger C. R.* Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism / C. R. Cloninger // *Science*. – 1987. – Vol. 236. – P. 410–416.
199. *Conner K. R.* [et al.]. The role of drinking in suicidal ideation: analyses of Project MATCH data / K. R. Conner, Y. Li, S. Meldrum [et al.] // *Journal of Studies on Alcohol*. – 2003. – Vol. 64. – No 3. – P. 402–408.
200. *Connors G. J.* [et al.]. The therapeutic alliance and its relationship to alcoholism treatment participation and outcome / G. J. Connors, K. M. Carroll, C. C. DiClemente [et al.] // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1997. – Vol. 65. – No 4. – P. 588–598.
201. *Constantino M. J.* [et al.]. Expectations / M. J. Constantino, C. R. Glass, D. B. Arnkoff [et al.] // *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* // J. C. Norcross (eds.). – N. Y.: Oxford University Press. – 2011. – P. 354–376.
202. *Constantino M. J.* [et al.]. Clinician interventions and participant characteristics that foster adaptive patient expectations for psychotherapy and psychotherapeutic change / M. J. Constantino, R. M. Ametrano, R. P. Greenberg // *Psychotherapy*. – 2012. – Vol. 49. – No. 4. – P. 557–569.
203. *Conway A., Clarkson P.* Everyday hypnotic injunction // *Transactional Analysis Journal*. – 1987. – Vol. 17. – No 2. – P. 17–23.
204. *Coutinho J.* [et al.]. The development of the therapeutic alliance and the emergence of alliance ruptures / J. Coutinho, E. Ribeiro, C. Fernandes [et al.] // *Anales de psicología*. – 2014. – Vol. 30. – No 3. – P. 985–994.
205. *Crits-Christoph P.* [et al.]. Clinicians can agree in assessing relationship patterns in psychotherapy: The Core Conflictual Relationship Theme Method / P. Crits-Christoph, L. Luborsky, L. Dahl [et al.] // *Archives of General Psychiatry*. – 1988. – Vol. 45. – P. 1001–1004.
206. *Crits-Christoph P.* [et al.]. Interpersonal accuracy of interventions and the outcome of cognitive and interpersonal therapies for depression / P. Crits-Christoph, M. B. Connolly Gibbons, C. M. Temes [et al.] // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2010. – Vol. 78. – No 3. – P. 420–428.
207. *Crits-Christoph P.* [et al.]. Supportive-expressive psychodynamic therapy for cocaine dependence: a closer look / P. Crits-Christoph, M. B. Connolly Gibbons, R. Gallop [et al.] // *Psychoanalytic Psychology*. – 2008. – Vol. 25. – No 3. – P. 483–498.
208. *Crits-Christoph P.* [et al.]. The accuracy of therapist's interpretations and the development of the therapeutic alliance / P. Crits-Christoph, J. Barber, J. Kurcias // *Psychotherapy Research*. – 1993. – Vol. 3. – P. 25–35.
209. *Crits-Christoph P.* [et al.]. The dependability of alliance assessments: the alliance–outcome correlation is larger than you might think / P. Crits-Christoph, M. B. Connolly Gibbons, J. Hamilton [et al.] // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2011. – Vol. 79. – No 3. – P. 267–278.

210. *Crossman P.* Permission and protection / P. Crossman // *Transactional Analysis Bulletin*. — 1966. — Vol. 8. — No 32. — P. 152–154.

211. *Cunningham J. A., Breslin F. C.* Only one in three people with alcohol abuse or dependence ever seek treatment // *Addictive Behaviors*. — 2004. — No 29. — P. 221–223.

212. *Cunningham J. A.* Resolving alcohol-related problems with and without treatment: the effects of different problem criteria // *Journal of Studies on Alcohol*. — 1999. — No 60. — P. 463–466.

213. *Czerniak E., Davidson M.* Placebo, a historical perspective // *European neuropsychopharmacology: the Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*. — 2012. — Vol. 22. — No 11. — P. 770–774.

214. *Darchuk A.* The role of the therapeutic alliance and its relationship to treatment outcome and client motivation in an adolescent substance abuse treatment setting / A. Darchuk // Thesis: Doctor of Philosophy (PhD). — Ohio University, Clinical Psychology (Arts and Sciences), 2007.

215. *Davis C., Loxton N. J.* Addictive behaviors and addiction-prone personality traits: Associations with a dopamine multilocus genetic profile // *Addictive Behaviors*. — 2013. — Vol. 38. — No 7. — P. 2306–2312.

216. *Dawson D. A.* Defining risk drinking / D. A. Dawson // *Alcohol Research & Health*. — 2011. — Vol. 34. — No 2. — P. 144–156.

217. *Dawson D. A.* [et al.]. Rates and correlates of relapse among individuals in remission from DSM-IV alcohol dependence: A 3-year follow-up / D. A. Dawson, R. B. Goldstein, B. F. Grant // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. — 2007. — Vol. 31. — No 12. — P. 2036–2045.

218. *Dawson D. A.* [et al.]. Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001/02 / D. A. Dawson, B. F. Grant, F. S. Stinson [et al.] // *Addiction*. — 2005. — Vol. 100. — No 3. — P. 281–292.

219. *Dearing R. L.* [et al.]. Indicators of client engagement: influences on alcohol treatment satisfaction and outcomes / R. L. Dearing, C. Barrick, K. H. Dermen, K. S. Walitzer // *Psychology of Addictive Behaviors*. — 2005. — Vol. 19. — No 1. — P. 1–8.

220. *De Craen A. J. M.* [et al.]. Placebos and placebo effects in medicine: historical overview / A. J. M. De Craen, T. J. Kaptchuk, J. G. P. Tijssen, J. Kleijnen // *Journal of the Royal Society of Medicine*. — 1999. — Vol. 92. — P. 511–515.

221. *De Fife J. A., Hilsenroth M. J.* Starting off on the right foot: common factor elements in early psychotherapy process // *Journal of Psychotherapy Integration*. — 2011. — Vol. 21. — No 2. — P. 172–191.

222. *De Jong C. A.* [et al.]. Personality disorders in alcoholics and drug addicts / C. A. DeJong, W. Van den Brink, F. M. Harteveld // *Comprehensive Psychiatry*. — 1993. — Vol. 34. — P. 87–94.

223. *De Jong C. A. J.* [et al.]. Sex role stereotypes and clinical judgement: how therapists view their alcoholic patients / C. A. J. DeJong, W. Van den Brink, J. A. M. Jansen // *Journal of Substance Abuse Treatment*. — 1993. — Vol. 10. — No 4. — P. 383–389.

224. *De Leon G.* [et al.]. Modified therapeutic community for homeless mentally ill chemical abusers: treatment outcomes / G. De Leon, S. Sacks, G. Staines,

K. McKendrick // American Journal of Drug and Alcohol Abuse. — 2000. — Vol. 26. — P. 461–480.

225. *De Leon G.* The therapeutic community: theory, model, and method / G. De Leon. — N. Y. : Springer Publishing Company, 2000. — 472 p.

226. *De Rivera J. H.* Emotional climate: social structure and emotional dynamics / J. H. de Rivera // International Review of Studies on Emotion / K. T. Strongman (eds.). — N. Y. : John Wiley & Sons, 1992. — P. 197–218.

227. *Del Re A. C.* [et al.]. Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: a restricted-maximum likelihood meta-analysis / A. C. Del Re, C. Flückiger, A. O. Horvath [et al.] // Clinical Psychology Review. — 2012. — Vol. 32. — No 7. — P. 642–649.

228. *Dennis M.* [et al.]. The Cannabis Youth Treatment (CYT) experiment: rationale, study design and analysis plans / M. Dennis, J. C. Titus, G. Diamond [et al.] // Addiction. — 2002. — Vol. 97. — P. 16–34.

229. *Devos-Comby L., Lange J. E.* My drink is larger than yours? A literature review of self-defined drink sizes and standard drinks // Current Drug Abuse Reviews. — 2008. — Vol. 1. — P. 162–176.

230. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. / American Psychiatric Association. — Washington (DC) : American Psychiatric Association, 1994. — 866 p.

231. *Diamond G. S., Liddle H. A.* Resolving therapeutic impasses between parents and adolescents in multidimensional family therapy // Journal of Consulting and Clinical Psychology. — 1996. — Vol. 64. — P. 481–488.

232. *DiClemente C. C., Soderstrom C.* Intervening with alcohol problems in emergency settings // Alcohol problems among emergency department patients: proceedings of a research conference on identification and intervention / D. W. Hungerford; D. A. Pollock (eds.). — Arlington, VA : Centers for Disease Control and Prevention, 2002. — P. 89–131.

233. *Dimeff L. A., Linehan M. M.* Dialectical behavior therapy for substance abusers // Addiction Science and Clinical Practice. — 2008. — Vol. 4. — No 2. — P. 39–47.

234. *Dinger U.* [et al.]. Therapist effects on outcome and alliance in inpatient psychotherapy / U. Dinger, M. Strack, F. Leichsenring [et al.] // Journal of Clinical Psychology. — 2008. — Vol. 64. — No 3. — P. 344–354.

235. *D'Onofrio G.* [et al.]. A brief intervention reduces hazardous and harmful drinking in emergency department patients / G. D'Onofrio, D. A. Fiellin, M. V. Pantalon [et al.] // Annals of Emergency Medicine. — 2012. — Vol. 60. — No 2. — P. 181–192.

236. *Doukas N., Cullen J.* Addiction counselors in recovery: perceived barriers in the workplace // Journal of Addiction Research & Therapy. — 2011. — Vol. 2. — No 3. — P. 1–7.

237. *Draijer N., Langeland W.* Childhood Trauma and Perceived Parental Dysfunction in the Etiology of Dissociative Symptoms in Psychiatric Inpatients // American Journal of Psychiatry. — 1999. — Vol. 156. — P. 379–385.

238. *Drego P.* Happy family: Parenting through family rituals / P. Drego. — Bombay : Alfreruby Publishers, 1994. — 72 p.

239. *Dreikurs R.* Psychodynamics, psychotherapy, and counseling / R. Dreikurs. — Chicago : Alfred Adler Institute, 1967.

240. *Drye R. C.* [et al.]. No-suicide decisions / R. C. Drye, R. L. Goulding, M. E. Goulding // *American Journal of Psychiatry*. — 1973. — Vol. 130. — P. 171–174.

241. *Dumas L. J.* [et al.]. DUF1220-Domain copy number implicated in human brain-size pathology and evolution / L. J. Dumas, M. S. O'Bleness, J. M. Davis [et al.] // *The American Journal of Human Genetics*. — 2012. — Vol. 91. — No 3. — P. 444–454.

242. *Duncan B. L.* The legacy of Saul Rosenzweig: The Profundity of the Dodo Bird / B. L. Duncan // *Journal of Psychotherapy Integration*. — 2002. — Vol. 12. — No 1. — P. 32–57.

243. *Dunn G. E.* [et al.]. Dissociative symptoms in a substance abuse population / G. E. Dunn, A. M. Paolo, J. J. Ryan, J. Van Fleet // *American Journal of Psychiatry*. 1993. — Vol. : 150. — P. 1043–1047.

244. *Dunn G. E.* [et al.]. Trauma symptoms in substance abusers with and without histories of childhood abuse / G. E. Dunn, J. J. Ryan, C. E. Dunn // *Journal of Psychoactive Drugs*. — 1994. — Vol. 26. — P. 357–360.

245. *Dusay J. M.* Egograms: how I see you and you see me / J. M. Dusay. — N. Y. : Harper and Row, 1971.

246. *Easton C. J.* [et al.]. Prevalence of family violence in clients entering substance abuse treatment / C. J. Easton, S. Swan, R. Sinha // *Journal of Substance Abuse Treatment*. — Vol. 18. — No 2000. — P. 23–28.

247. *Eippert F.* [et al.]. Activation of the opioidergic descending pain control system underlies placebo analgesia / F. Eippert, U. Bingel, E. D. Schoell [et al.] // *Neuron*. — 2009. — No 63. — P. 533–543.

248. *Ekberg S.* [et al.]. Managing clients' expectations at the outset of online Cognitive Behavioural Therapy (CBT) for depression [Электронный ресурс] / S. Ekberg, R. K. Barnes, D. S. Kessler [et al.] // *Health Expectations*. — 2014. — Режим доступа : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hex.12227/abstract>. — Дата обращения: октябрь 2014 г.

249. *Ekleberry S. C.* Integrated treatment for co-occurring disorders: personality disorders and addiction / S. C. Ekleberry. — Routledge, 2008. — 202 p.

250. *Ekstein R., Wallerstein R. W.* The teaching and learning of psychotherapy. — N. Y. : International Universities Press, 1972. — 344 p.

251. *Ellason J. W.* [et al.]. Lifetime Axis I and II comorbidity and childhood trauma history in dissociative identity disorder / J. W. Ellason, C. A. Ross, D. L. Fuchs // *Psychiatry*. — 1996. — Vol. 59. — No 3. — P. 255–266.

252. *Elliot R.* [et al.]. Empathy / R. Elliot, A. Bohart, J. C. Watson, L. Greenberg // *Psychotherapy*. — 2011. — Vol. 48. — No 1. — P. 43–49.

253. *Elster J.* Strong feelings: emotion, addiction and human behavior / J. Elster. — London : MIT Press, 1999. — 252 p.

254. *English F.* Presentation at the EATA Conference: Prague, July 2010 / F. English. — Unpublished.

255. *English F.* Episcript and the „hot potato“ game / F. English // *Transactional Analysis Bulletin*. — 1969. — Vol. 8. — P. 77–82.

256. *Enright R. D.* Forgiveness is a choice: a step-by-step process for resolving anger and restoring hope / R. D. Enright. — Washington, DC : American Psychological Association, 2001. — 299 p.

257. *Epstein E. E., McCrady B. S.* Behavioral couples treatment of alcohol and drug use disorders: current status and innovations // *Clinical Psychology Review*. — 1998. — Vol. 18. — No 6. — P. 689–711.

258. *Erskine R.* Six stages of treatment / R. Erskine // *Transactional Analysis Journal*. — 1973. — Vol. 3. — No 3. — P. 17, 18.

259. *Eysenck H. J.* Addiction, personality and motivation / H. J. Eysenck // *Human Psychopharmacology*. — 1997. — Vol. 12. — P. 79–87.

260. *Eysenck H. J.* The scientific study of personality / H. J. Eysenck. — London : Routledge and Kegan, 1952. — 334 p.

261. *Fals-Stewart W.* [et al.]. Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse: Where we've been, where we are, and where we're going / W. Fals-Stewart; T. J. O'Farrell; G. R. Birchler [et al.] // *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. — 2005. — Vol. 19. — No 3. — P. 229–247.

262. *Feeney G. F.* [et al.]. Cognitive behavioural therapy combined with the relapse-prevention medication acamprosate: are short-term treatment outcomes for alcohol dependence improved? / G. F. Feeney, R. M. Young, J. P. Connor [et al.] // *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. — 2002. — Vol. 36. — No 5. — P. 622–628.

263. *Feldstein Ewing S. W.* [et al.]. How psychosocial alcohol interventions work: A preliminary look at what fMRI can tell us / S. W. Feldstein Ewing, F. M. Filbey, A. Sabbineni [et al.] // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. — 2011. — No 35. — P. 643–651.

264. *Field J.* The relationship between grief and bereavement experiences and the addiction cycle [Электронный документ] / J. Field // *Bereavement Practice for Clinicians and Service Providers*. — 2014. — P. 1, 2. — Режим доступа : http://www.grief.org.au/about_us/news/current_news/bpcsp_winter14. — Дата обращения: сентябрь 2015 г.

265. *Firestone L.* Suicide and the inner voice: the links between attachment and suicide / L. Firestone // *GAINS Quarterly: Connections & Reflections*. — 2006. — Vol. 1. — No 4. — P. 1–45.

266. *Firestone R. W.* Suicide and the inner voice: Risk assessment, treatment, and case management / R. W. Firestone. — Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1997. — 352 p.

267. *Firestone R. W.* Voice Therapy: A psychotherapeutic approach to self-destructive behavior / R. W. Firestone. — Santa Barbara, CA : Glendon Association, 1988. — 296 p.

268. *Flora K., Stalikas A.* Factors affecting substance abuse treatment across different treatment phases // *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. — 2013. — Vol. 18. — No 1. — P. 27–42.

269. *Fountoulakis K. N.* [et al.]. No role for initial severity on the efficacy of antidepressants: results of a multi-meta-analysis / K. N. Fountoulakis, A. V. Areti, M. Siamouli, H.-J. Mölle // *Annals of General Psychiatry*. — 2013. — Vol. 12. — P. 26.

270. *Fournier J. C.* [et al.]. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis / J. C. Fournier, R. J. DeRubeis; S. D. Hollon, [et al.] // *Journal of the American Medical Association*. — 2010. — Vol. 303. — No 1. — P. 47–53.

271. *François C. A.* [et al.]. Predictive microsimulation model to estimate the clinical relevance of reducing alcohol consumption in alcohol dependence / C. François, P. Laramée, N. Rahhali [et al.] // *European Addiction Research*. – 2014. – Vol. 20. – P. 269–284.

272. *Frank J. D., Frank J. A.* Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy. (Third edition.) – Baltimore, MD : Johns Hopkins University Press, 1991. – 320 p.

273. *Frankl V.* Logotherapie und Existenzanalyse / V. Frankl. – Munchen, Zurich : Piper, 1987. – 320 p.

274. *Freud S.* Beyond the pleasure principle. International psychoanalytical library / S. Freud. – London : The International Psycho-Analytical Press, 1922. – Vol. 4 – 90 p.

275. *Freud S., Breuer J.* Studies on hysteria // The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud / J. Strachey (Ed. & Trans.). – London : Hogarth Press, 1955. – Vol. 2. – 335 p.

276. *Garfield S. L.* Some problems associated with “validated” forms of psychotherapy / S. L. Garfield // *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1996. – Vol. 3. – P. 218–229.

277. *Garg S.* [et al.]. Craving in substance use disorders / S. Garg, A. S. Dharmadhikari, V. K. Sinha // *Indian Journal of Social Psychiatry*. – 2012. – Vol. 28. – No 1–2. – P. 43–52.

278. *Gershuny B. S., Thayer J. F.* Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma-related distress: a review and integration // *Clinical Psychology Review*. – 1999. – Vol. 19. – P. 631–657.

279. *Gholab K. M., Magor-Blatch L. E.* Predictors of retention in «transitional» rehabilitation: dynamic versus static client variables // *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*. – 2013. – Vol. 34. – No 1. – P. 16–28.

280. *Glasner-Edwards S., Rawson R.* Evidence-based practices in addiction treatment: review and recommendations for public policy // *Health Policy*. – 2010. – Vol. 97. – No 2–3. – P. 93–104.

281. *Glynn L. H., Moyers T. B.* Chasing change talk: the clinician’s role in evoking client language about change // *Journal of Substance Abuse Treatment*. – 2010. – Vol. 39. – P. 65–70.

282. *Goldfried M. R.* Toward the delineation of therapeutic change principles // *American Psychologist*. – 1980. – Vol. 35. – P. 991–999.

283. *Goodwin D. W.* The alcoholism of F. Scott Fitzgerald / D. W. Goodwin // *Journal of the American Medical Association*. – 1970. – Vol. 212. – P. 86–90.

284. *Goulding M., Goulding R.* Changing lives through redecision therapy. – N. Y. : Brunner-Mazel, 1979. – 310 p.

285. *Graeter K.* Dementia praecox mit Alcoholismus chronicus / K. Graeter. – Leipzig, 1909. – 325 p.

286. *Grant B. F.* [et al.]. Age at onset of alcohol use and DSM-IV alcohol abuse and dependence: a 12-year follow-up / B. F. Grant, F. S. Stinson, T. C. Harford // *Journal of Substance Abuse*. – 2001. – Vol. 13. – P. 493–504.

287. *Grant B. F.* [et al.]. Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the united states / B. F. Grant, F. S. Stinson, D. A. Dawson [et al.] // *Alcohol Research & Health*. — 2006. — Vol. 29. — No 2. — P. 121–130.

288. *Grassot A.* Abstainer relations, players in caregiving / A. Grassot // *Revue de Infirmiere*. — 2012. — Vol. 179. — P. 25.

289. *Greenberg R. P.* [et al.]. Are expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? / R. P. Greenberg, M. J. Constantino, N. Bruce // *Clinical Psychology Review*. — 2006. — Vol. 26. — P. 657–678.

290. *Grencavage L. M., Norcross J. C.* Where are the commonalties among the therapeutic common factors? — *Professional Psychology: Research and Practice*, 1990. — Vol. 5. — P. 372–378.

291. *Grenyer B. F. S.* [et al.]. Treatment manual for supportive-expressive psychotherapy: special adaptation for treatment of cannabis (marijuana) dependence. Technical report 26 / B. F. S. Grenyer, L. L. Luborsky, N. Solowij. — Sydney : National Drug and Alcohol Research Centre, 1995. — 59 p.

292. *Grimby A., Johansson A. K.* Factors related to alcohol and drug consumption in Swedish widows // *American Journal of Hospice and Palliative Care*. — 2009. — Vol. 26. — No 1. — P. 8–12.

293. *Gueta K.* Self-forgiveness in the recovery of Israeli drug-addicted mothers: a qualitative exploration / K. Gueta // *Journal of Drug Issues*. — 2013. — Vol. 43. — P. 450–467.

294. *Haberstroh S.* [et al.]. Facing the music / S. Haberstroh // *Journal of Creativity in Mental Health*. — 2007. — Vol. 1. — No 3–4. — P. 41–55.

295. *Hailberg G.* [et al.]. Destiny and script choices / G. Hailberg, W. R. Seffness, E. Berne // *Transactional Analysis Bulletin*. — 1963. — Vol. 2. — No 6. — P. 59, 60.

296. *Hammer R. R.* [et al.]. The experience of addiction as told by the addicted: incorporating biological understandings into self-story / R. R. Hammer, M. J. Dingel, J. E. Ostergren [et al.] // *Culture, Medicine and Psychiatry*. — 2012. — V. 36. — No 4. — P. 712–734.

297. *Hargaden H.* Escape hatch closure and no-suicide contract / H. Hargaden // *The Script*. — 2001. — Issue 4. — P. 1, 3, 7.

298. *Harris T.* I'M OK — YOU'RE OK. A practical guide to Transactional Analysis / T. Harris. — N. Y. and Evanston : Harper and Row, 1969. — 278 p.

299. *Hasin D. S., Grant B. F.* AA and other helpseeking for alcohol problems: former drinkers in the U. S. general population // *Journal of Substance Abuse*. — 1995. — No 7. — P. 281–292.

300. *Hathaway S., Mckinley J.* Basic readings on MMPI in psychology and medicine. — Minneapolis, 1956. — 656 p.

301. *Hawkins P., Smith N.* Coaching, mentoring and organizational consultancy. Supervision and development. — N. Y. : Open University Press. — 2007. — 366 p.

302. *Heather N.* [et al.]. A randomized controlled trial of moderation-oriented cue exposure / N. Heather, J. Brodie, S. Wale [et al.] // *Journal of Studies on Alcohol*. — 2000. — Vol. 61. — P. 561–570.

303. *Heather N.* [et al.]. Progressive stage transition does mean getting better: a further test of the Transtheoretical Model in recovery from alcohol prob-

lems / N. Heather, J. Hönekopp, D. Smailes // *Addiction*. — 2009. — Vol. 104. — No 6. — P. 949–958.

304. *Henggeler S. W.* [et al.]. Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents / S. W. Henggeler, S. K. Schoenwald, C. M. Borduin [et al.] — N. Y. : Guilford, 1998. — 324 p.

305. Her Majesty's Government. Drug strategy 2010. Reducing demand, restricting supply, building recovery: supporting people to live a drug free life / UK Department of Health. — London, 2010. — 26 p.

306. *Herlihy B., Corey G.* Dual relationships in counseling. — Alexandria, VA : American Association for Counseling and Development. — 1992. — 244 p.

307. *Hersoug A. G.* [et al.]. When is transference work useful in psychodynamic psychotherapy? Main results of the First Experimental Study of Transference Work (FEST) / A. G. Hersoug, R. Ulberg, P. A. Höglend // *Contemporary psychoanalysis*. — 2014. — Vol. 50. — No 1–2. — P. 156–174.

308. *Hesselbrock M. H.* [et al.]. Psychopathology in hospitalized alcoholics / M. H. Hesselbrock, R. E. Meyer, J. J. Keener // *Archives of General Psychiatry*. — 1985. — Vol. 42. — P. 1050–1055.

309. *Hester R. K.* [et al.]. A web application for moderation training: Initial results of a randomized clinical trial / R. K. Hester, H. D. Delaney, W. Campbell, N. Handmaker // *Journal of Substance Abuse Treatment*. — 2009. — Vol. 37. — P. 266–276.

310. *Hester R. K.* [et al.]. ModerateDrinking.com and Moderation Management: Outcomes of a randomized clinical trial with non-dependent problem drinkers / R. K. Hester, H. D. Delaney, W. Campbell // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. — 2011. — Vol. 79. — No 2. — P. 215–224.

311. *Hester R. K.* Self-control training / R. K. Hester // *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* // editors R. K. Hester, W. R. Miller. — Needham Heights, MA: Allyn & Bacon, 2003. — P. 152–164.

312. *Holloway W. H., Holloway M. M.* Shut the escape hatch // *The monograph series*. — 1973. — No 1–10. — P. 15–18.

313. *Holmes J., Lindley R.* The values of psychotherapy — London: Oxford University Press. — 1989.

314. *Hopping G.* Living with Old Nick / Essay for the workshop. — Moscow, 2013. — Unpublished.

315. *Horvath A. O.* [et al.]. Alliance in individual psychotherapy / A. O. Horvath, A. C. Del Re, C. Flückiger, D. Symonds // *Psychotherapy*. — 2011. — Vol. 48. — No 1. — P. 9–16.

316. *Howard K. I.* [et al.]. A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change / K. I. Howard, R. J. Lueger, M. S. Maling, Z. Martinovich // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. — 1993. — Vol. 61. — P. 678–685.

317. *Howard M.* [et al.]. Cloninger's tridimensional theory of personality and psychopathology: applications to substance use disorders / M. Howard, D. Kivlahan, R. Walker // *Journal of Studies on Alcohol*. — 1997. — Vol. 58. — P. 48–66.

318. *Howick J.* [et al.]. Are treatments more effective than placebos? A systematic review and meta-analysis [Электронный ресурс] / J. Howick, C. Friedemann, M. Tsakok [et al.] // *PLoS ONE*. — 2013. — Vol. 8. — No 5. — e 62599. —

Режим доступа: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0062599>. — Дата обращения: январь 2015 г.

319. *Höglend P.* [et al.]. Transference interpretations in dynamic psychotherapy / P. Höglend, K.-P. Bögwald, S. Amlö [et al.] // *American Journal of Psychiatry*. — 2008. — Vol. 165. — No 6. — P. 763–771.

320. *Höschl C.* Art and neuroscience / Presentation at the EATA Conference: Prague, July 2010 / C. Höschl. — Prague, European Association for Transactional Analysis, 2010. — Unpublished.

321. *Hrobjartsson A., Gøtzsche P. C.* Placebo interventions for all clinical conditions (review) [Электронный ресурс] // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2010. — Issue 1. — CD 003974. — Режим доступа: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003974.pub3>. — Дата обращения: январь 2015 г.

322. *Hubble M. A.* The heart and soul of change: what works in therapy / M. A. Hubble, B. L. Duncan, S. D. Miller (Eds.). — Washington, D.C. : American Psychological Association, 1999. — 462 p.

323. *Ilgen M.* [et al.]. Self-efficacy, therapeutic alliance, and alcohol-use disorder treatment outcomes / M. Ilgen, Q. Tiet, J. Finney, R. H. Moos // *Journal of Studies on Alcohol*. — 2006a. — Vol. 67. — P. 465–472.

324. *Ilgen M. A.* [et al.]. Therapeutic alliance and the relationship between motivation and treatment outcomes in patients with alcohol use disorder / M. A. Ilgen, J. McKellar, R. Moos, J. W. Finney // *Journal of Substance Abuse Treatment*. — 2006b. — Vol. 31. — No 2. — P. 157–162.

325. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century / Institute of Medicine. — Washington, DC : National Academy Press, 2001. — 337 p.

326. International Center for Alcohol Policies. International drinking guidelines. ICAP Report No 14 [Электронный ресурс] / ICAP. — Washington, DC : ICAP, 2003. — Режим доступа: <http://www.icap.org/Publications/ICAPReports/tabid/75/Default.aspx>. — Дата обращения: февраль 2015 г.

327. *James M., Goulding M.* Self-reparenting and redecision // *Transactional Analysis Journal*. — 1998. — Vol. 28. — No 1. — P. 16–19.

328. *James M.* Self-reparenting: theory and process / M. James // *Transactional Analysis Journal*. — 1974. — Vol. 4. — No 3. — P. 32–39.

329. *Janoff-Bulman R.* Rebuilding shattered assumptions after traumatic life events — coping processes and outcomes / R. Janoff-Bulman // *Coping: The psychology of what works* / Ed. By C. R. Snyder. — N. Y. : Oxford University Press, 1998. — P. 305–323.

330. *Janz N. K.* [et al.]. Contingency contracting to enhance patient compliance: a review / N. K. Janz, M. H. Becker, P. E. Hartman // *Patient Education and Counseling*. — 1984. — Vol. 5. — No 4. — P. 165–178.

331. *Johnson V. E.* Intervention: how to help someone who doesn't want help / V. E. Johnson. — Minneapolis, MN : Johnson Institute Books, 1986. — 116 p.

332. *Jonas D. E.* [et al.]. Screening, behavioral counseling, and referral in primary care to reduce alcohol misuse. Comparative effectiveness review No. 64 [Электронный ресурс] / D. E. Jonas, J. C. Garbutt, J. M. Brown [et al.]. — Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2012. — Режим

доступа : www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm. — Дата обращения: февраль 2015 г.

333. *Jones T.* [et al.]. How wounded the healers? The prevalence of relapse among addiction counselors in recovery / T. Jones, J. N. Sells M. Rehfuess // *Alcohol and Other Drugs*. — 2009. — Vol. 27. — No 4. — P. 389–408.

334. *Jørgensen C. R.* Active ingredients in individual psychotherapy searching for common factors / C. R. Jørgensen // *Psychoanalytic Psychology*. — 2004. — Vol. 21. — No 4. — P. 516–540.

335. *Jung C. G.* [et al.]. Contributions to analytical psychology / C. G. Jung, H. G. Baynes, C. F. Baynes. — London : Routledge & Kegan Paul, 1928. — 410 p.

336. *Jung C. G.* Psychology of the transference / C. G. Jung // *Collected Works*. Princeton : Princeton University Press, 1946. — Vol. 16. — P. 136, 234, 235.

337. *Kaner E. F.* [et al.]. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations [Электронный ресурс] / E. F. Kaner, F. Beyer, H. O. Dickinson [et al.] // *Cochrane Database Systematic Reviews*. — 2007. — Vol. 18. — No 2. — Режим доступа: http://www.uvm.edu/~satc/psyc380/readings%232/reading_11a.pdf. — Дата обращения: сентябрь 2014 г.

338. *Kaplan H.* [et al.]. Concise textbook of clinical psychiatry / H. I. Kaplan, B. J. Sadock, Kaplan Educational Centers. — US : Lippincott Williams & Wilkins, 1996. — 669 p.

339. *Karno M. P., Longabaugh R.* An examination of how therapist directiveness interacts with patient anger and reactance to predict alcohol use // *Journal of Studies on Alcohol*. — 2005. — Vol. 66. — P. 825–832.

340. *Karno M. P., Longabaugh R.* Does matching matter? Examining matches and mismatches between patient attributes and therapy techniques in alcoholism treatment // *Addiction*. — 2007. — Vol. 102. — P. 587–596.

341. *Karno M. P., Longabaugh R.* Patient depressive symptoms and therapist focus on emotional material: a new look at Project MATCH // *Journal of Studies on Alcohol*. — 2003. — Vol. 64. — P. 607–615.

342. *Karpman S.* Fairy Tales and Script Drama Analysis / S. Karpman // *Transactional Analysis Journal*. — 1968. — Vol. 7. — No 26. — P. 39–43.

343. *Kassinove H., Tafrate R.* Anger management: the complete treatment guidebook for practitioners. — The Practical Therapist Series: Atascadero, California : Impact Publishers, Inc., 2002. — 320 p.

344. *Keane T. M.* [et al.]. Spouse contracting to increase antabuse compliance in alcoholic veterans / T. M. Keane, D. W. Foy, B. Nunn [et al.] // *Journal of Clinical Psychology*. — 1984. — No 40. — P. 340–344.

345. *Keating G. M.* Nalmefene: a review of its use in the treatment of alcohol dependence / G. M. Keating // *CNS Drugs*. — 2013. — Vol. 27. — No 9. — P. 761–772.

346. *Kellogg S. H.* [et al.]. Contingency management: foundations and principles [Электронный ресурс] / S. H. Kellogg, M. L. Stitzer, N. M. Petry, M. J. Kreek. — Addiction Technology Transfer Centers Network, 2014. — Unpublished Chapter. — Режим доступа : nattc.org/pami/PDF/Contingency_Mgt_F_P.pdf. — Дата обращения: октябрь 2014 г.

347. *Kemp R., David A.* Compliance therapy: an intervention targeting insight and treatment adherence in psychotic patients // *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*. — 1996. — Vol. 24. — P. 331–350.

348. *Kernberg O. F.* Severe personality disorders / O. F. Kernberg. — New Haven and London : Yale University Press, 1994. — 396 p.

349. *Kernberg P.* [et al.]. Personality disorders in children and adolescents / P. Kernberg, A. Weiner, K. Bardenstein. — N. Y. : Basic Books, 2000. — 289 p.

350. *Kermen R.* [et al.]. Family physicians believe the placebo effect is therapeutic but often use real drugs as placebos / R. Kermen, J. Hickner, H. Brody [et al.] // *Family Medicine*. — 2010. — Vol. 42. — No 9. — P. 636–642.

351. *Kessler R. C.* [et al.]. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication / R. C. Kessler, W. T. Chiu, O. Demler [et al.] // *Archives of General Psychiatry*. — 2005. — Vol. 62. — P. 617–627.

352. *Khan A.* [et al.]. Severity of depression and response to antidepressants and placebo: an analysis of the Food and Drug Administration database / A. Khan, R. M. Leventhal, S. R. Khan [et al.] // *Journal of Clinical Psychopharmacology*. — 2002. — Vol. 22. — P. 40–45.

353. *Kienle G. S., Kiene H.* The powerful placebo effect: fact or fiction? // *Journal of Clinical Epidemiology*. — 1997. — Vol. 50. — No 12. — P. 1311–1318.

354. *King A. C., Canada S. A.* Client-related predictors of early treatment drop-out in a substance abuse clinic exclusively employing individual therapy // *Journal of Substance Abuse Treatment*. — 2004. — Vol. 26. — P. 189–195.

355. *Kim D.-M.* [et al.]. Therapist effects in psychotherapy: A random effects modeling of the NIMH TDCRP data / D.-M. Kim, B. E. Wampold, D. M. Bolt // *Psychotherapy Research*. — 2006. — Vol. 16. — P. 161–172.

356. *Kirsch I.* [et al.]. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration [Электронный ресурс] / I. Kirsch, B. J. Deacon, T. B. Huedo-Medina [et al.] // *PLoS Med*. — 2008. — Vol. 5. — No 2. — P. 45. — Режим доступа : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2253608/pdf/pmed.0050045.pdf>. — Дата обращения: январь 2015 г.

357. *Kirsch I.* Placebo psychotherapy: synonym or oxymoron / I. Kirsch // *Journal of Clinical Psychology*. — 2005. — No 61. — P. 791–803.

358. *Kirschenbaum D. S., Flanery R. C.* Behavioral contracting: outcomes and elements // *Progress in Behavior Modification* / Eds. M. Hersen, R. M. Eisler, P. M. Miller. — N. Y. : Academic Press, 1983. — P. 217–275.

359. *Klimas J.* [et al.]. Psychosocial interventions to reduce alcohol consumption in concurrent problem alcohol and illicit drug users [Электронный ресурс] / J. Klimas, C.-A. Field, W. Cullen [et al.] // *Cochrane Database Systematic Reviews*. — 2013. — Issue 2:3. — Режим доступа : <http://www.systematicreviewsjournal.com/content/2/1/3>. — Дата обращения: октябрь 2014 г.

360. *Kluft R. P.* An introduction to multiple personality disorder / R. P. Kluft // *Psychiatric Annals*. — 1984. — Vol. 14. — P. 19–24.

361. *Knapp W. P.* [et al.]. Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders [Электронный ресурс] / W. P. Knapp, B. G. Soares, M. F. Farrell, M. Silva de Lima // *Cochrane Database Systematic Review*. — 2015. — Issue 4. — CD 003023. — Режим доступа: onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003023.pub3/otherversions. — Дата обращения: июнь 2015 г.

362. *Kooyman M.* Why therapeutic communities work [Электронный ресурс] / M. Kooyman // Presentation at the 14th Conference of the European Federation of Therapeutic Communities: Prague, September 2013. — Режим доступа: <http://www.eurad.net>. — Дата обращения: сентябрь 2014 г.

363. *Kosok A.* The Moderation Management programme in 2004: What type of drinker seeks controlled drinking? / A. Kosok // *International Journal of Drug Policy*. — 2006. — Vol. 17. — P. 295–300.

364. *Kraus D. R.* [et al.]. Therapist effectiveness: implications for accountability and patient care / D. R. Kraus, L. Castonguay, J. F. Boswell [et al.] // *Psychotherapy Research*. — 2011. — Vol. 21. — No 3. — P. 267–276.

365. *Kübler-Ross E.* On death and dying / E. Kübler-Ross. — London; N. Y.: Routledge, 1969, 2005. — 288 p.

366. *Lamb S.* Forgiveness therapy: the context and conflict / S. Lamb // *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*. — 2005. — Vol. 25. — No 1. — P. 61–80.

367. *Lambert M. J.* Implications of outcome research for psychotherapy integration / M. Lambert // *Handbook of psychotherapy integration* / Eds. J. C. Norcross & M. R. Goldfried. — N. Y.: Basic Books, 1992. — P. 94–129.

368. *Langeland W.* [et al.]. Trauma and dissociation in treatment-seeking alcoholics: towards a resolution of inconsistent findings / W. Langeland, N. Draijer, W. van den Brink // *Comprehensive Psychiatry*. — 2002. — Vol. 43. — No 3 — P. 195–203.

369. *Le Foll B.* [et al.]. Genetics of dopamine receptors and drug addiction: A comprehensive review / B. Le Foll, A. Gallo, Y. Le Strat [et al.] // *Behavioural Pharmacology*. — 2009. — Vol. 20. — P. 1–17.

370. *Leonhard K.* Accentuated Personalities [Акцентуирующие личности] / Leonhard K. — Verl. Volk u. Gesundheit VEB, 1968.

371. *Leshner A. I.* Addiction is a brain disease [Электронный ресурс] / A. I. Leshner // *Issues in Science and Technology*. — 2001. — Vol. 17. — No 3. — Режим доступа: <http://issues.org/17-3/leshner/>. — Дата обращения: август 2014 г.

372. *Lester D.* Alcoholism, substance abuse, and suicide / D. Lester // *Comprehensive Textbook of Suicidology*. — N. Y.; London: The Guilford Press. — 2000. — P. 357–375.

373. *Levenson H.* [et al.]. Concise guide to brief dynamic psychotherapy / H. Levenson, S. F. Butler, B. D. Beitman. — Washington, DC: American Psychiatric Press, 1997. — 208 p.

374. *Levin P.* The cycle of development / P. Levin // *Transactional Analysis Journal*. — 1982. — Vol. 12. — No 2. — P. 129–139.

375. *Lewis C. E., Michnich M.* Contracts as a means of improving patient compliance // *Medication compliance: A behavioral management approach* / I. Barofsky (eds.). — Thorofare, New Jersey: Charles B. Slack, Inc., 1977. — P. 69–75.

376. *Lin W.* [et al.]. Effects of forgiveness therapy on anger, mood, and vulnerability to substance use among inpatient substance dependence clients / W. Lin, D. Mack, R. Enright [et al.] // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. — 2004. — Vol. 72. — No 6. — P. 1114–1121.

377. *Lindemann E.* The symptomatology and management of acute grief / E. Lindemann // *American Journal of Psychiatry.* – 1944. – Vol. 101. – P. 141–148.

378. *Linden M.* [et al.]. Posttraumatic embitterment disorder: definition, evidence, diagnosis, treatment / M. Linden, M. Rotter, K. Baumann, B. Lieberei. – Cambridge : Hogrefe&Huber Publishers, 2007. – 155 p.

379. *Linehan M. M.* Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorders / M. M. Linehan. – N. Y. : The Guilford Press, 1993. – 558 p.

380. *Lippert F. A.* New TA look at AA / F. A. Lippert // *Transactional Analysis Journal.* – 1976. – Vol. 6. – No3. – P. 281–284.

381. *Lippitt R.* [et al.]. Dynamics of planned change / R. Lippitt, J. Watson, B. Westley. – N. Y. : Harcourt, Brace, 1958. – 312 p.

382. *Litman G. K.* [et al.]. An instrument for measuring coping behaviours in hospitalized alcoholics: Implications for relapse prevention treatment / G. K. Litman, J. Stapleton, A. N. Oppenheim, M. Peleg // *British Journal of Addiction.* – 1983. – Vol. 78. – P. 269–276.

383. *Littlefield A. K.* [et al.]. Do changes in drinking motives mediate the relation between personality change and „maturing out“ of problem drinking? / A. K. Littlefield, K. J. Sher, P. K. Wood // *Journal of Abnormal Psychology.* – 2010. – Vol. 119. – P. 93–105.

384. *Loeber S.* [et al.]. Cue exposure in the treatment of alcohol dependence: effects on drinking outcome, craving and self-efficacy / S. Loeber, B. Croissant, A. Heinz, K. Mann, H. Flor [et al.] // *British Journal of Clinical Psychology.* – 2006. – V. 45. – P. 515–529.

385. *Loomis M.* Contracting for change / M. Loomis // *Transactional Analysis Journal.* – 1982. – Vol. 12. – No 1. – P. 51–55.

386. *Low L. K., Cheng H.-J.* Axon pruning: an essential step underlying the developmental plasticity of neuronal connections // *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 2006. – Vol. 361. – P. 1531–1544.

387. *Luborsky L.* [et al.]. Comparative studies of psychotherapies: Is it true that „everyone has won and all must have prizes“? / L. Luborsky, B. Singer, L. Luborsky // *Archives of General Psychiatry.* – 1975. – Vol. 32. – P. 995–1008.

388. *Luborsky L.* Principles of psychoanalytic psychotherapy: a manual for supportive-expressive (SE) treatment / L. Luborsky. – N. Y. : Basic Books, 1984. – 304 p.

389. *Luborsky L.* [et al.]. The revised Helping Alliance questionnaire (HAQ-II): psychometric properties / L. Luborsky, J. P. Barber, L. Siqueland [et al.] // *Journal of Psychotherapy Practice Research.* – 1996. – Vol. 5. – P. 260–271.

390. *Luborsky L.* [et al.]. Therapist success and its determinants / L. Luborsky, A. T. McLellan, G. E. Woody [et al.] // *Archives of General Psychiatry.* – 1985. – Vol. 42. – P. 602–611.

391. *Luborsky L.* [et al.]. Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy. A counting signs vs. a global rating method / L. Luborsky, P. Crits-Christoph, L. Alexander [et al.] // *Journal of Nervous and Mental Disease.* – 1983. – Vol. 171. – No 8. – P. 480–491.

392. *Lundh L.-G.* The search for common factors in psychotherapy: two theoretical models with different empirical implications / L.-G. Lundh // *Psychology and Behavioral Sciences.* – 2014. – Vol. 3. – No 5. – P. 131–150.

393. *Luquiens A., Aubin H. J.* Patient preferences and perspectives regarding reducing alcohol consumption: role of nalmefene // *Patient Preferences and Adherence*. — 2014. — Vol. 8. — P. 1347–1352.

394. *Lussier J. P.* [et al.]. A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders / J. P. Lussier, S. H. Heil, J. A. Mongeon [et al.] // *Addiction*. — 2006. — Vol. 101. — P. 192–203.

395. *Lutz W.* [et al.]. Therapist effects in outpatient psychotherapy: A three-level growth curve approach / W. Lutz, S. Leon, Z. Martinovich [et al.] // *Journal of Counseling Psychology*. — 2007. — Vol. 54. — P. 32–39.

396. *Lykken D.* The antisocial personalities / D. Lykken. — Hilldale, N. Y. : Lawrence Erlbaum, 1995. — 259 p.

397. *MacAndrew C.* Similarities in the self-depictions of female alcoholics and psychiatric outpatients: examination of Eysenck's dimension of emotionality in women / C. MacAndrew // *Journal of Studies on Alcohol*. — 1986a. — Vol. 47. — P. 478–484.

398. *MacAndrew C.* Toward the psychometric detection of substance misuse in young men: The SAP scale/ C. MacAndrew // *Journal of Studies on Alcohol*. — 1986b. — Vol. 47. — P. 161–166.

399. *MacAndrew C.* What the MAC Scale tells us about men alcoholics / C. MacAndrew // *Journal of Studies on Alcohol*. — 1981. — Vol. 42. — P. 604–625.

400. *Magill M., Ray L. A.* Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials // *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. — 2009. — Vol. 70. — P. 516–527.

401. *Mahler M.* [et al.]. The psychological birth of the human infant: symbiosis and individuation / M. Mahler, F. Pine, A. Bergman. — N. Y. : Basic Books, 1975. — 320 p.

402. *Malone D., Friedman T.* Drunken patients in the general hospital: their care and management // *Postgraduate Medical Journal*. — 2005. — Vol. 81. — P. 161–166.

403. *Mann J.* The core of time-limited psychotherapy: time and the central issue / J. Mann // *Forms of Brief Therapy* / Ed. Budman S. — N. Y. : Guilford, 1981. — P. 25–43.

404. *Maris R. W.* [et al.]. Comprehensive textbook of suicidology / R. W. Maris, A. L. Berman, M. M. Silverman. — N. Y., London : The Guilford Press, 2000. — 650 p.

405. *Marlatt G. A.* [et al.]. Clinical guidelines for implementing Relapse Prevention therapy / G. A. Marlatt, G. A. Parks, K. Witkiewitz [et al.]. — Illinois Department of Human Services Office of Alcoholism and Substance Abuse, 2002. — 49 p.

406. *Marlatt G. A., Gordon J. R.* Relapse Prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. — N. Y. : Guilford Press, 2005. — 418 p.

407. *Martin D. J.* [et al.]. Relation of therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review / D. J. Martin, J. P. Garske, M. K. Davis // *Journal of Counseling and Clinical Psychology*. — 2000. — Vol. 68. — No 3. — P. 450–458.

408. *Masson S.* [et al.]. An 'alcohol contract' has no significant effect on return to drinking after liver transplantation for alcoholic liver disease / S. Masson,

B. Marrow, S. Kendrick [et al.] // *Transplant International*. — 2014. — Vol. 27. — No 5. — P. 475–481.

409. *Masterson J.* Psychotherapy of borderline adult / J. Masterson. — N. Y. : Brunner/Mazel, 1976. — 377 p.

410. *Masterson J.* The search for the Real Self: unmasking the personality disorders of our age / J. Masterson. — N. Y. : Free Press, Simon & Schuster, 1988. — 244 p.

411. *McClelland D. C.* [et al.]. The drinking man / D. C. McClelland, W. N. Davis, R. Kalin, E. Wanner. — N. Y. : Free Press, 1972.

412. *McCrary B. S.* [et al.]. A randomized trial of individual and couple behavioral alcohol treatment for women / B. S. McCrary, E. E. Epstein, S. Cook [et al.] // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. — 2009. — Vol. 77. — P. 243–256.

413. *McDuff D. R., Solounias B. L.* The use of brief psychotherapy with substance abusers in early recovery // *The Journal of Psychotherapy Practice & Research*. — 1992. — Vol. 1. — P. 1–8.

414. *McKinney J. R., Thomas R.* Transference and countertransference [Электронный ресурс] // *Journal of Addictive Disorders*. — 2010. — Режим доступа : <http://www.breining.edu>. — Дата обращения: июль 2015 г.

415. *McNamara J., Lister-Ford C.* Ego states and the psychology of memory // *Transactional Analysis Journal*. — 1995. — Vol. 25. — No 2. — P. 141–149.

416. *McNeel J.* The Parent interview / J. McNeel // *Transactional Analysis Journal*. — 1976. — Vol. 6. — No1. — P. 61–68.

417. *McQueen J.* [et al.]. Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards [Электронный ресурс] / J. McQueen, T. E. Howe, L. Allan [et al.] // *Cochrane Database Systematic Reviews*. — 2011. — Issue 8. — CD005191. — Режим доступа : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005191.pub3/>. — Дата обращения: март 2015 г.

418. *McWilliams N.* Psychoanalytic diagnosis. Understanding personally structure in the clinical process / N. McWilliams. — N. Y., London : The Guilford Press, 1994. — 398 p.

419. *Meier P. S.* [et al.]. The role of the early therapeutic alliance in predicting drug treatment dropout / P. S. Meier, M. C. Donmall, P. McElduff [et al.] // *Drug and Alcohol Dependence*. — 2006. — Vol. 83. — No 1. — P. 57–64.

420. *Meier P. S.* [et al.]. The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature / P. S. Meier, C. Barrowclough, M. C. Donmall // *Addiction*. — 2005. — Vol. 100. — No 3. — P. 304–316.

421. *Mellor K., Andrewartha G.* Reparenting the Parent in support of rededitions // *Transactional Analysis Journal*. — 1980. — Vol. 10. — No 3. — P. 197–203.

422. *Menninger K. A.* Man against himself / K. A. Menninger. — N. Y. : Harcourt Brace, 1938. — 429 p.

423. *Messer S. B., Wampold B. E.* Let's face facts: common factors are more potent than specific therapy ingredients // *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2002. — Vol. 9. — No 1. — P. 21–25.

424. *Miller W. R.* [et al.]. Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: a comparison of three strategies for intervention through family mem-

bers / W. R. Miller, R. J. Meyers, J. S. Tonigan // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. — 1999. — Vol. 67. — No 5. — P. 688–697.

425. Miller W. R. [et al.]. Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles / W. R. Miller, R. G. Benefield, J. S. Tonigan // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. — 1993. — Vol. 61. — P. 455–461.

426. Miller W. R. [et al.]. Focused versus broad-spectrum behavior therapy for problem drinkers / W. Miller, C. Taylor, J. West // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. — 1980. — Vol. 48. — P. 590–601.

427. Miller W. R., Wilbourne P. L. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders // *Addiction*. — 2002. — Vol. 97. — P. 265–277.

428. Miller W. R., Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. — N. Y. : Guilford Press, 1991. — 348 p.

429. Miller W. R. Motivational enhancement therapy: description of a counseling approach / W. R. Miller // *Approaches to drug abuse counseling* / J. J. Boren, L. S. Onken, K. M. Carroll, editors. — Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse, 2000. — P. 89–93.

430. Miller W. R. [et al.]. Motivational enhancement therapy manual: a clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence / W. Miller, A. Zweben, C. C. DiClemente, R. G. Rychtarik. — Rockville, Maryland : National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1999. — 121 p.

431. Miller W. R., Rose G. S. Toward a theory of motivational interviewing // *American Psychologist*. — 2009. — Vol. 64. — P. 527–537.

432. Miller W. R., Baca L. M. Two-year follow-up of bibliotherapy and therapist-directed controlled drinking training for problem drinkers // *Behavior Therapy*. — 1983. — Vol. 14. — P. 441–448.

433. Miller W. S. Elisha Perkins and his metallic tractors / W. S. Miller // *Yale Journal of Biology and Medicine*. — 1935. — Vol. 8. — No 1. — P. 41–57.

434. Millon T. Personality-guided therapy / T. Millon. — John Wiley & Sons, 1999. — 776 p.

435. Mitchell A. J., Selmes T. Why don't patients take their medicine? Reasons and solutions in psychiatry // *Advances in Psychiatric Treatment*. — 2007. — Vol. 13. — P. 336–346.

436. Mitchell Hampton T. M. Factors associated with the retention of urban uninsured adult African Americans in outpatient substance abuse treatment / T. M. Mitchell Hampton. — United States, Maryland : Morgan State University, 2006. — 256 p.

437. Mohatt G. V. [et al.]. Risk, resilience, and natural recovery: a model of recovery from alcohol abuse for Alaska Natives / G. V. Mohatt, S. M. Rasmus, L. Thomas [et al.] // *Addiction*. — 2008. — No 103. — P. 205–215.

438. Moiso C. Ego states and transference / C. Moiso // *Transactional Analysis Journal*. — 1985. — Vol. 15. — No 3. — P. 194–201.

439. Monk L., Samra J. Working with the client who is suicidal: a tool for adult mental health and addiction services — BC: Ministry of Health, Simon Fraser University, Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction, 2005. — 111 p.

440. *Morgan D.* [et al.]. Social dominance in monkeys: dopamine D₂ receptors and cocaine self-administration / D. Morgan, K. A. Grant, H. D. Gage [et al.] // *Nature Neuroscience*. — 2002. — Vol. 5. — P. 169–174.

441. *Morgenstern J.* [et al.]. The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population: prevalence rates and relation to alcohol typology variables / J. Morgenstern, J. Langenbucher, E. Labouvie, K. J. Miller // *Journal of Abnormal Psychology*. — 1997. — Vol. 106. — P. 74–84.

442. *Moursund J. P., Erskine R. G.* Integrative psychotherapy. The art and science of relationship — Brooks / Cole. — 2003. — 271 p.

443. *Moyers T. B.* Is low therapist empathy toxic? / T. B. Moyers, W. R. Miller // *Psychol Addict Behave*. — 2013. — Vol. 27. — No 3. — P. 878–884.

444. *Murphy G. E.* Suicide in alcoholism / G. E. Murphy. — N. Y.: Oxford University Press, 1992. — 336 p.

445. *Najavits L.* [et al.]. Clinicians impact on the quality of substance use disorder treatment / L. Najavits, P. Crits-Christoph, A. Dierberger // *Substance Use & Misuse*. — 2000. — Vol. 35. — P. 2161–2190.

446. *Najavits L. M.* Creating change: a new past-focused model for PTSD and substance abuse [Электронный ресурс] / L. M. Najavits // *Handbook of Trauma, PTSD and Substance Use Disorder Comorbidity* / Eds. P. Ouimette, J. P. Read. — Washington, DC: American Psychological Association Press, 2013. — Режим доступа: <https://graduate.lclark.edu/live/files/17472-nwias-2014-najavits-creating-change-2>. — Дата обращения: сентябрь 2014 г.

447. *Najavits L. M.* Seeking Safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse / L. M. Najavits. — N. Y.: Guilford Press, 2002. — 401 p.

448. *Najavits L. M.* [et al.]. The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women: A research review / L. M. Najavits, R. D. Weiss, S. R. Shaw // *American Journal on Addictions*. — 1997. — No 6. — P. 273–283.

449. *Najavits L. M.* [et al.]. Therapists' emotional reactions to substance abusers: A new questionnaire and initial findings / L. Najavits, M. L. Griffin, L. Luborsky, [et al.] // *Psychotherapy*. — 1995. — Vol. 32. — P. 669–677.

450. *Nakken C.* The addictive personality: understanding the addictive process and compulsive behavior / C. Nakken. — Minnesota: Hazelden Publishing, 1996. — 144 p.

451. *Nathan P. E.* The evidence base for evidence-based mental health treatments: four continuing controversies / P. E. Nathan // *Brief Treatment and Crisis Intervention*. — 2004. — Vol. 4. — No 3 — P. 243–254.

452. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol and other drugs / National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [Электронный ресурс] // *Alcohol Alert*. — 2008. — No 76. — Режим доступа: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AA76/AA76.pdf>. — Дата обращения: ноябрь 2014 г.

453. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. National epidemiologic survey on alcohol and related conditions [Электронный ресурс] / National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism // *Alcohol Alert*. — 2006. — No 70. — Режим доступа: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AA70/AA70.pdf>. — Дата обращения: февраль 2015 г.

454. National Institute on Drug Abuse // Pavlov Medical University / International Workshop „Pharmacotherapies for Addiction: Basic and Clinical Science“. Book of Abstracts. — St. Petersburg, 2003.

455. National Institute on Drug Abuse. Principles of drug addiction treatment: a research-based guide / National Institute on Drug Abuse. – NIH, 2012. – 76 p.

456. National Institute on Drug Abuse. Therapeutic community / National Institute on Drug Abuse // Research report series. – NIDA Publication, 2002. – 12 p.

457. *Niciu M. J., Arias A. J.* Targeted opioid receptor antagonists in the treatment of alcohol use disorders // *CNS Drugs*. – 2013. – Vol. 27. – No 10. – P. 777–787.

458. *Nikolova Y. S.* [et al.]. Multilocus genetic profile for dopamine signaling predicts ventral striatum reactivity / *Y. S. Nikolova, R. E. Ferrell, S. B. Manuck, A. R. Hariri* // *Neuropsychopharmacology*. – 2011. – V. 36. – P. 1940–1947.

459. *Nilsen P.* [et al.]. A systematic review of emergency care brief alcohol interventions for injury patients / *P. Nilsen, J. Baird, M. J. Mello* [et al.] // *Journal of Substance Abuse Treatment*. – 2008. – Vol. 35. – P. 184–201.

460. *Noce J. S.* [et al.]. The parenting function of therapeutic communities: test of a model in an alcohol rehabilitation program / *J. S. Noce, S. F. Noce, A. T. McLellan* [et al.] // *Transactional Analysis Journal*. – 1981. – Vol. 11. – No 3. – P. 236–240.

461. *Nolimal D., Crowley T. J.* Difficulties in a clinical application of a methadone-dose contingency contracting // *Journal of Substance Abuse Treatment*. – 1990. – No 7. – P. 219–224.

462. *Norcross J. C.* Evidence-based therapy relationships [Электронный ресурс] / *J. C. Norcross*. – November, 2010. – 33 p. – Режим доступа : <http://www.nrepp.samhsa.gov/pdfs>. – Дата обращения: сентябрь 2014 г.

463. *Norcross J. C., Lambert M. J.* Evidence-based therapy relationships / Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness / *Ed. J. C. Norcross*. – N. Y. : Oxford University Press, 2011. – P. 3–24.

464. *Noriega Gayol G.* Codependence: a transgenerational script / *G. Noriega Gayol* // *Transactional Analysis Journal*. – 2004. – Vol. 34. – No 4. – P. 312–322.

465. *Novellino M., Moiso C.* The psychodynamic approach to transactional analysis // *Transactional Analysis Journal*. – 1990. – V. 20. – No 3. – P. 187–192.

466. *O'Donnell A.* [et al.]. From efficacy to effectiveness and beyond: what next for brief interventions in primary care? [Электронный ресурс] / *A. O'Donnell, P. Wallace, E. Kaner* // *Frontiers in Psychiatry*. – 2014. – V. 5. – Art. 113. – Режим доступа : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4147417/> – Дата обращения: март 2015 г.

467. *O'Farrell T. J., Bayog R. D.* Antabuse contracts for married alcoholics and their spouses: a method to insure Antabuse taking and decrease conflict about alcohol // *Journal of Substance Abuse Treatment*. – 1986. – No 3. – P. 1–8.

468. *O'Farrell T. J., Schein A. Z.* Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse // *Journal of Substance Abuse Treatment*. – 2000. – Vol. 18. – No 1. – P. 51–54.

469. *O'Farrell T. J.* [et al.]. Behavioral marital therapy with and without additional couples relapse prevention sessions for alcoholics and their wives /

T. J. O'Farrell, K. A. Choquette, H. S. G. Cutter [et al.] // Journal of Studies on Alcohol. — 1993. — Vol. 54. — P. 652–666.

470. O'Farrell T. J. Review of outcome research on marital and family therapy in treatment of alcoholism / T. J. O'Farrell // Journal of Marital and Family Therapy. — 2012. — Vol. 38. — No 1. — P. 122–144.

471. Ohlsson T. Effects of Transactional Analysis psychotherapy in therapeutic community treatment of drug addicts / T. Ohlsson // Transactional Analysis Journal. — 2002. — Vol. 32. — No 2. — P. 153–177.

472. Ohlsson T. TA I missbruksarbete: Transaktionsanalytisk psykoterapi som behandlingsmetod for drogmissbrukare I miljöterapeutisk vard / T. Ohlsson. — Lund, Sweden : Lund University, Department of Psychology, 2001.

473. Ohlsson T. [et al.]. Training psychotherapists in therapeutic communities / T. Ohlsson, R. Johnsson, A. Bjorck // TA: The State of The Art. A European Contribution / Ed. by E. Stern. — Dordrecht : Foris Publ, 1984. — P. 165–177.

474. Ojehagen A. [et al.]. The relationship between helping alliance and outcome in outpatient treatment of alcoholics: a comparative study of psychiatric treatment and multimodal behavioural therapy / A. Ojehagen, M. Berglund, L. Hansson // Alcohol & Alcoholism. — 1997. — Vol. 32. — No 3. — P. 241–249.

475. Okiishi J. [et al.]. Waiting for supershrink: an empirical analysis of therapist effects / J. Okiishi, M. Lambert, S. Nielsen, B. Ogles // Clinical Psychology and Psychotherapy. — 2003. — Vol. 10. — P. 361–373.

476. Oldham J. M. Borderline personality disorders and suicidality / J. M. Oldham // American Journal of Psychiatry. — 2006. — Vol. 163. — No 1. — P. 20–26.

477. Ortman D. The dual diagnosis recovery sourcebook / D. Ortman. — N. Y., Toronto : Contemporary Books, 2001. — 304 p.

478. Osnes R. E. Spot Reparenting / R. E. Osnes // Transactional Analysis Journal. — 1974. — Vol. 4. — No 3. — P. 40–46.

479. Osnes R. E., Clarke J. I. The developmental minithon // Transactional Analysis Journal. — 1998. — Vol. 28. — No 1. — P. 71–82.

480. Patterson G. R., Forgatch M. S. Therapist behavior as a determinant for client noncompliance: A paradox for the behavior modifier // Journal of Consulting and Clinical Psychology. — 1985. — Vol. 53. — P. 846–851.

481. Pedersen W. Abstainers: a risk group? / W. Pedersen // Tidsskrift for Den norske legeförening. — 2013. — No 133. — P. 33–36.

482. Peele S. Personality and alcoholism: establishing the link / S. Peele // Alcoholism: Introduction to theory and treatment / D. A. Ward. — Dubuque, IA : Kendall-Hunt, 1990. — P. 147–156.

483. Pérez Gómez A., Sierra Acuña D. R. Natural recovery and treatment recovery from drug and alcohol abuse // Addictions. — 2007. — No 19. — P. 409–421.

484. Peterson B. [et al.]. Alcohol related death: a major contribution to mortality in urban middle-aged men / B. Peterson, H. Kristenson, P. Krant [et al.] // Lancet. — 1982. — Vol. 2. — P. 1354–1356.

485. Pettinati H. M. [et al.]. A double blind, placebo-controlled trial that combines disulfiram and naltrexone for treating co-occurring cocaine and alcohol

dependence // H. M. Pettinati, K. M. Kampman, K. G. Lynch [et al.] // Addictive Behaviors. — 2008. — Vol. 33. — No 5. — P. 651–667.

486. *Pettinati H. M.* [et al.]. The relationship of Axis II personality disorders to other known predictors of addiction treatment outcome / H. M. Pettinati, J. D. Pierce Jr., P. P. Belden, K. Meyers // American Journal on Addictions. — 1999. — No 8. — P. 136–147.

487. *Petry N. M.* Contingency management for substance abuse treatment: a guide to implementing this evidenced-based practice / N. M. Petry. — N. Y. : Routledge, 2011. — 334 p.

488. *Petry N. M.* Contingency management: what it is and why psychiatrists should want to use it / N. M. Petry // Psychiatrist. — 2011. — Vol. 35. — No 5. — P. 161–163.

489. *Petry N. M.* [et al.]. Randomized trial of contingent prizes versus vouchers in cocaine-using methadone patients / N. M. Petry, S. M. Alessi, T. Hanson, S. Sierra // Journal of Consulting and Clinical Psychology. — 2007. — Vol. 75. — P. 983–991.

490. *Pigott E. H.* [et al.]. Efficacy and effectiveness of antidepressants: current status of research / E. H. Pigott, A. M. Leventhal, G. S. Alter, J. J. Boren // Psychotherapy and Psychosomatics. — 2010. — Vol. 79. — P. 267–279.

491. *Pilling J.* [et al.]. Alcohol use in the first three years of bereavement: a national representative survey [Электронный документ] / J. Pilling, B. K. Thege, Z. Demetrovics, M. S. Kopp // Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy. — 2012. — Vol. 7. — No 3. — Режим доступа : <http://www.substanceabusepolicy.com/content/7/1/3>. — Дата обращения: июль 2015 г.

492. *Piotrowski N. A.* [et al.]. Contingency contracting with monetary reinforcers for abstinence from multiple drugs in a methadone program / N. A. Piotrowski, D. J. Tusek, K. L. Sees [et al.] // Experimental & Clinical Psychopharmacology. — 1999. — Vol. 7. — No 4. — P. 399–411.

493. *Plener P. L.* [et al.]. Nonsuicidal selfinjury as autonomous diagnosis implications for research and clinic of the DSM-5 proposal to establish the diagnosis of NonSuicidal SelfInjury in adolescents / P. L. Plener, N. D. Kapusta, M. G. Kolch [et al.] // Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. — 2012. — Vol. 40. — No 2. — P. 113–120.

494. *Preuss U. W.* [et al.]. Personality disorders in alcohol-dependent individuals: relationship with alcohol dependence severity / U. W. Preuss, M. Johann, C. Fehr [et al.] // European Addiction Research. — 2009. — Vol. 15. — No 4. — P. 188–195.

495. *Price D. D.* [et al.]. A comprehensive review of the placebo effect: recent advances and current thought / D. D. Price, D. G. Finniss, F. Benedetti // Annual Review of Psychology. — 2008. — Vol. 59. — P. 565–590.

496. *Prigerson H. G.* Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity / H. G. Prigerson, A. J. Bierhals, S. V. Kasl [et al.] // American Journal of Psychiatry. — 1997. — No 154. — P. 616–623.

497. *Pritz A.* Globalized psychotherapy / A. Pritz. — Vienna : Facultas Universitätsverlag, 2002. — P. 13.

498. *Prochaska J. O.* Changing for Good / J. O. Prochaska, J. C. Norcross, C. C. DiClemente. — N. Y. : Morrow, 1994. — 304 p.

499. *Prochaska J. O., DiClemente C. C.* The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of change. — Homewood, IL : Dorsey Press, 1984. — 193 p.

500. Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three year drinking outcomes / Project MATCH Research Group // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. — 1998. — Vol. 22. — No 6. — P. 1300–1311.

501. *Proude E.* [et al.]. The treatment of alcohol problems: a review of the evidence [Электронный ресурс] / E. Proude, O. Lopatko, N. Lintzeris, P. Haber. — Sydney : The University of Sydney, 2009. — P. 256. — Режим доступа: <http://www.alcohol.gov.au/internet/alcohol/publishing.nsf/>. — Дата обращения: сентябрь 2014 г.

502. *Pulay A. J.* [et al.]. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV schizotypal personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions / A. J. Pulay, F. S. Stinson, D. A. Dawson [et al.] // *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*. — 2009. — Vol. 11. — No 2. — P. 53–67.

503. *Putnam F. W.* Diagnosis and treatment of multiple personality disorder / F. W. Putnam. — N. Y. : The Guilford Press, 1989. — 351 p.

504. *Radford E. J.* [et al.]. In utero undernourishment perturbs the adult sperm methylome and intergenerational metabolism [Электронный ресурс] / E. J. Radford, M. Ito, H. Shi [et al.] // *Science*. — 2014. — Vol. 345. — No 6198. — 1255903. — Режим доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4404520/>. — Дата обращения: март 2015 г.

505. *Raikhel E.* Post-soviet placebos: epistemology and authority in Russian treatments for alcoholism / E. Raikhel // *Culture, Medicine and Psychiatry*. — 2010. — Vol. 34. — No 1. — P. 132–168.

506. *Rawson R.* [et al.]. An intensive outpatient approach for cocaine abuse: The Matrix model / R. A. Rawson, S. Shoptaw, J. L. Obert [et al.] // *Journal of Substance Abuse Treatment*. — 1995. — Vol. 12. — No 2. — P. 117–127.

507. *Ray S., Mandel B.* Birth and relationships: how your birth affects your relationships. — Berkeley, CA : Celestial Arts, 1987. — 164 p.

508. *Rehm J.* Reduction of drinking in problem drinkers and all-cause mortality / J. Rehm, M. Roerecke // *Alcohol and Alcoholism*. — 2013. — Vol. 48. — P. 509–513.

509. *Richards H.* Therapy of the substance abuse syndromes / H. Richards. — Northvale, New Jersey : Jason Aronson, 1993. — 496 p.

510. *Richmond J. S.* [et al.]. Verbal de-escalation of the agitated patient: consensus statement of the american association for emergency psychiatry / J. S. Richmond, J. S. Berlin, A. B. Fishkind, Project BETA De-escalation Workgroup // *Western Journal of Emergency Medicine*. — 2012. — Vol. 13. — No 1. — P. 17–25.

511. *Rief W.* [et al.]. Meta-analysis of the placebo response in antidepressant trials / W. Rief, Y. Nestoriuc, S. Weiss [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. — 2009. — Vol. 118. — No 1–3. — P. 1–8.

512. *Ritter A.* [et al.]. The influence of the therapeutic relationship in treatment for alcohol dependency / A. Ritter, S. Bowden, T. Murray [et al.] // *Drug and Alcohol Review*. — 2002. — Vol. 21. — No 3. — P. 261–268.

513. *Rogers C.* The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change / C. Rogers // *Journal of Consulting Psychology*. — 1957. — Vol. 21. — No 2. — P. 95–103.

514. *Roll J. M.* [et al.]. Contingency management for the treatment of methamphetamine use disorders / J. M. Roll, N. M. Petry, M. L. Stitzer [et al.] // *American Journal of Psychiatry*. — 2006. — Vol. 163. — No 11. — P. 1993–1999.

515. *Rollnick S.* [et al.]. Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior / S. Rollnick, W. R. Miller, C. Butler. — N. Y. : Guilford Press, 2008. — 210 p.

516. *Rosenzweig S.* Some implicit common factors in diverse methods in psychotherapy / S. Rosenzweig // *Journal of Orthopsychiatry*. — 1936. — Vol. 6. — P. 412–415.

517. *Rossow I., Lauritzen G.* Balancing on the edge of death: suicide attempts and life-threatening overdoses among drug addicts // *Addiction*. — 1999. — Vol. 94. — No 2. — P. 209–219.

518. *Rotgers F.* [et al.]. Responsible drinking: the path to moderation / F. Rotgers, M. Kern, R. Hoeltzel. — Berkeley, CA : New Harbinger, 2002. — 232 p.

519. *Rounsaville B. J.* [et al.]. Psychopathology as predictor of treatment outcome in alcoholics / B. J. Rounsaville, Z. S. Dolinsky, T. F. Babor, R. E. Meyer // *Archives of General Psychiatry*. — 1987. — Vol. 44. — P. 505–513.

520. *Rösner S.* [et al.]. Opioid antagonists for alcohol dependence [Электронный ресурс] / S. Rösner, A. Hackl-Herrwerth, S. Leucht [et al.] // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. — 2010. — Issue 12. — CD001867. — Режим доступа : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001867.pub2>. — Дата обращения: март 2015 г.

521. *Rutherford B. R.* [et al.]. Expectancy and the treatment of depression: a review of experimental methodology and effects on patient outcome / B. R. Rutherford, T. D. Wager, S. P. Roose // *Current Psychiatry Reviews*. — 2010. — Vol. 6. — P. 1–10.

522. *Saarnio P.* Factors associated with dropping out from outpatient treatment of alcohol–other drug abuse / P. Saarnio // *Alcoholism Treatment Quarterly*. — 2002. — Vol. 20. — No 2. — P. 17–33.

523. *Safran J. D., Muran J. C.* Has the concept of the alliance outlived its usefulness? // *Psychotherapy*. — 2006. — Vol. 43. — P. 286–291.

524. *Safran J. D.* [et al.]. Repairing alliance ruptures / J. D. Safran, J. C. Muran, C. Eubanks-Carter // *Psychotherapy*. — 2011. — Vol. 48. — No 1. — P. 80–87.

525. *Samuels J.* [et al.]. Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample / J. Samuels, W. W. Eaton, O. J. Bienvenu [et al.] // *British Journal of Psychiatry*. — 2002. — Vol. 180. — P. 536–542.

526. *Sanders M.* Blending grief therapy and addiction treatment [Электронный ресурс] / M. Sanders // *Counselor*. — 2002. — Режим доступа: <http://www.onthemarkconsulting25.com>.

527. *Sandstrom S.* Theory: contamination/decontamination, remastered / S. Sandstrom // *EATA Newsletter*. — February, 2009. — No 94.

528. *Saunders W. M., Kershaw P. W.* Spontaneous remission from alcoholism — a community study // *British Journal of Addiction to Alcohol & Other Drugs*. — 1979. — No 74. — P. 251–265.

529. *Schaef A. W.* Codependence: Misunderstood-Mistreated / A. W. Schaef. — San-Francisco, Perennial library : Harper and Row Publ, 1986. — 105 p.

530. *Scherer M.* [et al.]. Forgiveness and the bottle: promoting self-forgiveness in individuals who abuse alcohol / M. Scherer, E. L. Worthington Jr., J. N. Hook, K. L. Campana // *J Addict Dis.* — 2011. — Vol. 30. — No 4. — P. 382–395.

531. *Schiff J. L.* [et al.]. Cathexis reader: Transactional Analysis treatment of psychosis. — N. Y. : Harper & Row, 1975. — 113 p.

532. *Schiff J. L., Day B.* All my children. — N. Y. : Pyramid Publications, 1970.

533. *Schlegel L.* What is Transactional Analysis? / L. Schlegel // *Transactional Analysis Journal.* — 1998. — Vol. 28. — No 4. — P. 269–287.

534. *Scholz H.* Das Ausfallssyndrom nach Unterbrechung der Alcoholhängigkeit / H. Scholz // *Fortschritte Der Neurologie Psychiatrie.* — 1982. — Bd. 50. — P. 279–296.

535. *Schonfeld L.* [et al.]. SARA—Substance Abuse Relapse Assessment / L. Schonfeld, R. H. Peters, A. S. Dolente. — Odessa, FL : Psychological Assessment Resources Inc. — 1993.

536. *Seedat S.* [et al.]. Prevalence of dissociative experiences in the community sample: Relationship to gender, ethnicity, and substance use / S. Seedat, M. B. Stein, D. R. Forde // *Journal of Nervous and Mental Disease.* — 2003. — No 191. — P. 115–120.

537. *Selavan A.* Alcoholics Anonymous — „Rescuer“ or Rescuer? / A. Selavan // *Transactional Analysis Journal.* — 1976. — Vol. 6. — No 3. — P. 285–288.

538. *Selavan A.* Berne's perspective on alcoholism: an addiction or a game? / A. Selavan // *Transactional Analysis Journal.* — 1990. — Vol. 20. — No 2. — P. 135, 136.

539. *Selemon L. D.* A role for synaptic plasticity in the adolescent development of executive function [Электронный ресурс] // *Translational Psychiatry.* — 2013. — Vol. 3. — No 3. — P. 238. — Режим доступа : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3625918/>. — Дата обращения: ноябрь 2014 г.

540. *Serafini K.* [et al.]. Calling for help? Considering function and meaning when patients drunk-dial psychotherapists / K. Serafini, D. LaPaglia, M. Steinfeld [et al.] // *Substance Abuse: Research and Treatment.* — 2013. — Vol. 7. — P. 131–137.

541. *Shea S. C.* The chronological assessment of suicide events: a practical interviewing strategy for the elicitation of suicidal ideation / S. C. Shea // *Journal of Clinical Psychiatry (Supplement 20).* — 1998. — Vol. 59. — P. 58–72.

542. *Shea S.* The practical art of suicide assessment: a guide for mental health professionals and substance abuse counselors / S. C. Shea. — N. Y. : Wiley, 1999. — 272 p.

543. *Shedler J.* The efficacy of psychodynamic psychotherapy / J. Shedler // *American Psychologist.* — February-March 2010. — P. 98–109.

544. *Sher L.* Risk and protective factors for suicide in patients with alcoholism / L. Sher // *The Scientific World Journal.* — 2006. — No 6. — P. 1405–1411.

545. *Sherman R., Hickner J.* Academic physicians use placebos in clinical practice and believe in the mind-body connection // *Journal of General Internal Medicine*. — 2007. — Vol. 23. — No 1. — P. 7–10.

546. *Shield K. D.* [et al.]. Chronic diseases and conditions related to alcohol use / K. D. Shield, C. Parry, J. Rehm // *Alcohol Research Current Reviews*. — V. 35. — P. 155–171.

547. *Shneidman E. S.* The suicidal mind / E. S. Shneidman. — N. Y., Oxford : Oxford University Press, 1996. — 208 p.

548. *Siegel D. J., Hartzell M.* Parenting from the inside out: how a deeper self-understanding can help you raise children who thrive. — N. Y. : Jeremy P. Tarcher, 2003.

549. *Silani G.* [et al.]. Right supramarginal gyrus is crucial to overcome Emotional Egocentricity Bias in Social Judgements / G. Silani, C. Lamm, C. C. Ruff, T. Singer // *Journal of Neuroscience*. — 2013. — Vol. 33. — No 39. — P. 15466–15476.

550. *Simpson D. D., Joe G. W.* A longitudinal evaluation of treatment engagement and recovery stages // *Journal of Substance Abuse Treatment*. — 2004. — Vol. 27. — P. 89–97.

551. *Sinclair J.* [et al.]. Can alcohol dependent patients adhere to an 'as-needed' medication regimen? / J. Sinclair, J. Chick, P. Sørensen [et al.] // *European Addiction Research*. — 2014. — Vol. 20. — No 5. — P. 209–217.

552. *Singer T.* [et al.]. Empathy for pain involves the affective but not sensory component of pain / T. Singer, B. Seymour, J. O'Doherty [et al.] // *Science*. — 2004. — Vol. 303. — P. 1157–1162.

553. *Singh N. N., Leung J.* Smoking cessation through cigarette-fading, self-recording, and contracting: treatment, maintenance and long-term followup // *Addictive Behaviors*. — 1988. — Vol. 13. — No 1. — P. 101–105.

554. *Skinner B. F.* Science and human behavior / B. F. Skinner. — N. Y. : Macmillan, 1953. — 461 p.

555. *Skodol A.* [et al.]. Patterns of anxiety and personality disorder comorbidity / A. Skodol, J. Oldham, S. Hyler // *Journal of Psychiatric Research*. — 1995. — Vol. 29. — P. 361–374.

556. *Skoog S., Froeschle Hicks J.* The party's over: treating grief during recovery for alcoholic women [Электронный ресурс] // *Ideas and Research You Can Use: VISTAS 2014*. — Режим доступа : http://www.counseling.org/docs/default-source/vistas/article_42.pdf?sfvrsn=12. — Дата обращения: июль 2015 г.

557. *Sledge W.* [et al.]. Psychotherapy for suicidal patients with borderline personality disorder: an expert consensus review of common factors across five therapies [Электронный ресурс] / W. Sledge, E. M. Plakun, S. Bauer [et al.] // *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. — 2014. — 1:16. — Режим доступа : <http://www.bpded.com/content/1/1/16>. — Дата обращения: апрель 2015 г.

558. *Sloan F.* [et al.]. Heavy episodic drinking in early adulthood and outcomes in midlife / F. Sloan, D. Grossman, A. Platt // *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. — 2011. — No 3. — P. 459–470.

559. *Sobell M. B., Sobell L. C.* Guided self-change model of treatment for substance use disorders // *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. — 2005. — V. 19. — No 3 — P. 199–210.

560. *Sobell L. C.* [et al.]. Randomized controlled trial of a cognitive-behavioral motivational intervention in a group versus individual format for substance use disorders / L. C. Sobell, M. B. Sobell, S. Agrawal // *Psychology of Addictive Behaviors*. — 2009. — Vol. 23. — No 4. — P. 672–683.

561. *Sobell L. C.* [et al.]. Recovery from alcohol problems with and without treatment: prevalence in two population surveys / L. C. Sobell, J. A. Cunningham, M. B. Sobell // *American Journal of Public Health*. — 1996. — No 86. — P. 966–972.

562. *Sobell L. C.* [et al.]. What triggers the resolution of alcohol problems without treatment / L. C. Sobell, M. B. Sobell, T. Toneatto, G. I. Leo // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. — 1993. — No 17. — P. 217–224.

563. *Soderstrom C. A.* [et al.]. A controlled trial of brief intervention vs brief advice for at-risk drinking trauma center patients / C. A. Soderstrom, K. Auman, P. Dischinger [et al.] // *Journal of Trauma, Injury, Infection and Critical Care*. — 2007. — Vol. 62. — No 5. — P. 1102–1112.

564. *Soloff P. H.* [et al.]. High-lethality status in patients with borderline personality disorders / P. H. Soloff, A. Fabio, T. M. Kelly [et al.] // *Journal of Personal Disorders*. — 2005. — Vol. 19. — P. 386–399.

565. *Solomon R. L., Corbit J. D.* An opponent-process theory of motivation // *The American Economic Review*. — 1978. — Vol. 68. — No 6. — P. 12–24.

566. *Solomon R. L., Corbit J. D.* An opponent-process theory of motivation: Cigarette addiction // *Journal of Abnormal Psychology*. — 1973. — No 81. — P. 158–171.

567. *Soyka M., Schmidt P.* Outpatient alcoholism treatment — 24-month outcome and predictors of outcome [Электронный ресурс] // *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. — 2009. — Vol. 4. — P. 15. — Режим доступа: <http://www.substanceabusepolicy.com/content/pdf/1747-597X-4-15.pdf>. — Дата обращения: октябрь 2014 г.

568. *Söderström K., Skärderud F.* Minding the Baby. Mentalization-based treatment in families with parental substance use disorder: Theoretical framework // *Nordic Psychology*. — 2009. — Vol. 61. — No 3. — P. 47–65.

569. *Sprenkle D. H., Blow A. J.* Common factors and our sacred models // *Journal of Marital & Family Therapy*. — 2004. — Vol. 30. — No 2. — P. 113–129.

570. *Squires E. C.* [et al.]. The problem with self-forgiveness: forgiving the self deters readiness to change among gamblers / E. C. Squires, T. Sztainert, N. R. Gillen, [et al.] // *Journal of Gambling Studies*. — 2012. — Vol. 28. — No 3. — P. 337–350.

571. *Stanton M. D.* Getting reluctant substance abusers to engage in treatment/self-help: a review of outcomes and clinical options / M. D. Stanton // *Journal of Marital & Family Therapy*. — 2004. — Vol. 30. — P. 165–182.

572. *Steadman H.* [et al.]. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods / H. Steadman, E. Mulvey, J. Monahan // *Archives of General Psychiatry*. — 1998. — Vol. 55. — P. 393–401.

573. *Steele C. M., Josephs R. A.* Alcohol myopia: Its prized and dangerous effects // *American Psychologist*. — 1990. — Vol. 45. — No 8. — P. 921–933.

574. *Steinbeis N.* [et al.]. Age-related differences in function and structure of rSMG and reduced functional connectivity with DLPFC explains heightened emotional egocentricity bias in childhood [Электронный ресурс] / N. Steinbeis, B. Bernhardt, T. Singer // *Social Cognitive and Affect Neuroscience*. — 2014. — Режим доступа : <http://scan.oxfordjournals.org/content/early/2014/04/24/scan.nsu057>. — Дата обращения: сентябрь 2015 г.

575. *Steinberg L.* A dual systems model of adolescent risk-taking / L. Steinberg // *Developmental Psychobiology*. — 2010. — Vol. 52. — P. 216–224.

576. *Steinberg L.* A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking / L. Steinberg // *Developmental Review*. — 2008. — Vol. 28. — No 1. — P. 78–106.

577. *Steinberg L.* [et al.]. Age differences in sensation seeking and impulsivity as indexed by behavior and self-report: Evidence for a dual systems model / L. Steinberg, D. Albert, E. Cauffman [et al.] // *Developmental Psychology*. — 2008. — Vol. 44. — P. 1764–1778.

578. *Steiner C.* Games alcoholics play / C. Steiner. — N. Y. : Random House, Inc., 1971. — P. 127–135.

579. *Steiner C.* Games alcoholics play / C. Steiner. — Ballantine Books. — 1984. — 224 p.

580. *Steiner C.* Scripts people live. Transactional Analysis of life scripts / C. Steiner. — N. Y. : Grove Press, 1974. — 332 p.

581. *Steiner C., Cassidy W.* Therapeutic contracts in group treatment // *Transactional Analysis Bulletin*. — 1969. — Vol. 8. — No 30. — P. 29–31.

582. *Steiner J.* Psychic retreats. Pathological Organizations in psychotic, neurotic and borderline patients / J. Steiner. — London; New York : Routledge, 1993.

583. *Steinglass P.* [et al.]. The alcoholic family / P. Steinglass, L. Bennett, S. Wolin, D. Reiss. — N. Y. : Basic Books, 1987.

584. *Stern D.* The interpersonal world of the infant / D. Stern. — N. Y. : Karnac Books, 1985. — 400 p.

585. *Sterrenberg P., Thunnissen M.* Transactional Analysis as a cognitive treatment for borderline personality disorders // *Transactional Analysis Journal*. — 1995. — Vol. 25. — No 3. — P. 221–227.

586. *Stewart-Williams S., Podd J.* The placebo effect: dissolving the expectancy versus conditioning debate // *Psychological Bulletin*. — 2004. — Vol. 130. — P. 324–340.

587. *Stinson F. S.* [et al.]. Comorbidity between DSM-IV alcohol and specific drug use disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions / F. S. Stinson, B. F. Grant, D. A. Dawson, [et al.] // *Drug and Alcohol Dependence*. — 2005. — Vol. 80. — No 1. — P. 105–116.

588. *Storey S., Workman L.* The effects of temperature priming on cooperation in the iterated prisoner's dilemma // *Evolutionary Psychology*. — 2013. — Vol. 11. — No 1. — P. 52–67.

589. *Strong S. R.* Counseling: An interpersonal influence process / S. R. Strong // *Journal of Counseling Psychology*. — 1968. — Vol. 15. — P. 215–224.

590. *Stuthridge J.* Script or scripture? / J. Stuthridge // Live scripts: A transactional analysis of unconscious relational patterns / R. G. Erskine (Ed.). — London, England : Karnac, 2010. — P. 73–100.

591. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. SAMHSA brief interventions and brief therapies for substance abuse: Treatment Improvement Protocol (TIP) Series No. 34 [Электронный ресурс] / Substance Abuse and Mental Health Services Administration. — Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, 1999. — Режим доступа : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64947/>. — Дата обращения: январь 2015 г.

592. *Szapocznik J.* [et al.]. Brief strategic family therapy: engaging drug using/problem behavior adolescents and their families in treatment / J. Szapocznik, M. Zarate, J. Duff, J. Muir // *Social Work in Public Health*. — 2013. — Vol. 28. — No 3–4. — P. 206–223.

593. *Teicher M. H.* [et al.]. Childhood maltreatment is associated with reduced volume in the hippocampal subfields CA3, dentate gyrus, and subiculum [Электронный ресурс] / M. H. Teicher, C. M. Anderson, A. Polcari // *Proceedings of the National Academy of Sciences*. — 2012. — Vol. 109. — No 9. — E563-72. — Режим доступа : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3295326/>. — Дата обращения: апрель 2015 г.

594. *Teicher M. H.* [et al.]. Hurtful Words: Exposure to Peer Verbal Aggression is Associated with Elevated Psychiatric Symptom Scores and Corpus Callosum Abnormalities / M. H. Teicher, J. A. Samson, Y.-S. Sheu [et al.] // *American Journal of Psychiatry*. — 2010. — Vol. 167. — No 12. — P. 1464–1471.

595. The Betty Ford Institute Consensus Panel. What is recovery? A working definition from the Betty Ford Institute / The Betty Ford Institute Consensus Panel // *Journal of Substance Abuse Treatment*. — 2007. — Vol. 33. — P. 221–228.

596. The Scottish Government. The road to recovery: a new approach to tackling Scotland's drug problem / The Scottish Government. — Edinburgh, 2008. — 83 p.

597. *Thoma P.* [et al.]. Empathy and social problem solving in alcohol dependence, mood disorders and selected personality disorders / P. Thoma, C. Friedmann, B. Suchan // *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. — 2013. — Vol. 37. — P. 448–470.

598. *Thylstrup B., Hesse M.* Substance abusers' personality disorders and staff members' emotional reactions [Электронный ресурс] // *BMC Psychiatry*. — 2008. — Vol. 8. — No 21. — Режим доступа : <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/8/21>. — Дата обращения: октябрь 2014 г.

599. *Tilney T.* Dictionary of Transactional Analysis. / T. Tilney. — London : Whurr Publ. Ltd., 1998. — 241 p.

600. *Torgersen S.* [et al.]. The prevalence of personality disorders in a community sample / S. Torgersen, E. Kringlen, V. Cramer // *Archives of General Psychiatry*. — 2001. — Vol. 58. — P. 590–596.

601. *Tragesser S. L.* [et al.]. Personality disorder symptoms, drinking motives, and alcohol use and consequences: Cross-sectional and prospective mediation / S. L. Tragesser, K. J. Sher, T. J. Trull, A. Park // *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. — 2007. — Vol. 15. — P. 282–292.

602. *Trull T. J.* [et al.]. Alcohol, tobacco, and drug use disorders and personality disorder symptoms / T. J. Trull, C. J. Waudby, K. J. Sher // *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. — 2004. — Vol. 12. — P. 65–75.

603. *Turner N. E.* [et al.]. Measurement of antecedents to drug and alcohol use: psychometric properties of the Inventory of Drug-Taking Situations (IDTS) / N. E. Turner, H. M. Annis, S. M. Sklar // *Behavior Research and Therapy*. — 1997. — Vol. 35. — No 5. — P. 465–483.

604. *Turvey B. E.* An objective overview of autoerotic fatalities [Электронный ресурс] / B. E. Turvey. — 1995. — Режим доступа : <http://www.corpus-delicti.com/auto.html>. — Дата обращения: ноябрь 2014 г.

605. UK Drug Policy Commission. A vision of recovery: UKDPC recovery consensus group / UK Drug Policy Commission. — London : UKDPC, 2008. — 9 p.

606. U. S. Supreme Court. *Traynor v. Turnage*. 485 U. S. 535. No. 86–622 [Электронный ресурс]. — 1988. — Режим доступа : <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/485/535/case.html#552>.

607. *Vaillant G. E.* Positive emotions, spirituality and the practice of psychiatry / G. E. Vaillant // *Mental Health, Spirituality, Mind*. — 2008. — Vol. 6 (1). — P. 48–62.

608. *Vaillant G. E.* The natural history of alcoholism / G. E. Vaillant. — Cambridge, MA : Harvard University Press, 1983.

609. *Valdez R.* The behavior contract as a positive patient experience / R. Valdez // *Nephrology News and Issues*. — 2002. — Vol. 16. — No 5. — P. 25, 26.

610. *Valle S.* Interpersonal functioning of alcoholism counselors and treatment outcome / S. Valle // *Journal of Studies on Alcohol*. — 1981. — Vol. 42. — P. 783–790.

611. *Vanderplasschen W.* [et al.]. Therapeutic communities for treating addictions in Europe: Evidence, current practices and future challenges / W. Vanderplasschen, S. Vandeveld, E. Broekaert // *EMCDDA*. — Luxembourg, 2014 — 92 p.

612. *Vedel E.* [et al.]. Individual cognitive behavioral therapy and behavioral couples therapy in alcohol use disorder: a comparative evaluation in community-based addiction treatment centers / E. Vedel, P. M. G. Emmelkamp, G. M. Schippers // *Psychotherapy and Psychosomatics*. — 2008. — Vol. 77. — No 5. — P. 280–288.

613. *Verheul R.* [et al.]. Antisocial alcoholic patients show as much improvement at 14-month follow-up as non-antisocial alcoholic patients / R. Verheul, W. Van den Brink, M. W. J. Koeter, C. Hartgers // *American Journal on Addictions*. — 1999. — No 8. — P. 24–33.

614. *Verheul R.* [et al.]. Prevalence of personality disorders among alcoholics and drug addicts: an overview / R. Verheul, W. Van den Brink, C. Hartgers // *European Addiction Research*. — 1995. — Vol. 1. — No 4. — P. 166–177.

615. *Victor M., Adams R. D.* The effect of alcohol on the nervous system // *Metabolic and Toxic Diseases of the Nervous System*. — Baltimore : Williams and Wilkins Company, 1953. — P. 526–531.

616. *Vuchinich R., Tucker J.* Choice, behavioral economics and addictive behavior patterns // *Treating addictive behaviors* / Eds. P. Miller, N. Heather. — N. Y. : Plenum Press, 1998. — P. 93–104.

617. *Wachtel P. L.* BEYOND “ESTs” problematic assumptions in the pursuit of evidence-based practice / P. L. Wachtel // *Psychoanalytic Psychology*. – 2010. – Vol. 27. – No 3. – P. 251–272.

618. *Wade N. G.* [et al.]. Efficacy of psychotherapeutic interventions to promote forgiveness: a meta-analysis / N. G. Wade, W. T. Hoyt, J. E. Kidwell, E. L. Worthington, Jr. // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2014. – Vol. 82. – No 1. – P. 154–170.

619. *Wagner E. F.* [et al.]. Randomized controlled trial of guided self-change with minority adolescents / E. F. Wagner, M. M. Hospital, J. N. Graziano [et al.] // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2014. – Vol. 82. – No 6. – P. 1128–1139.

620. *Waldron H. B.* [et al.]. Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments / H. B. Waldron, N. Slesnick, J. L. Brody [et al.] // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2001. – Vol. 69. – P. 802–813.

621. *Waller N. G.* [et al.]. Types of dissociation and dissociative types: A taxometric analysis of dissociative experiences / N. G. Waller, F. W. Putnam, E. B. Carlson // *Psychological Methods*. – 1996. – Vol. 1. – P. 300–321.

622. *Wampold B. E., Bhati K. S.* Attending to the omissions: a historical examination of evidence-based practice movements // *Professional Psychology: Research and Practice*. – 2004. – Vol. 35. – P. 563–570.

623. *Wampold B. E.* Humanism as a common factor in psychotherapy / B. E. Wampold // *Psychotherapy*. – 2012. – Vol. 49. – No 4. – P. 445–449.

624. *Wampold B. E.* [et al.]. Medical model as metaphor: Old habits die hard / B. E. Wampold, H. Ahn, L. K. Coleman // *Journal of Counseling Psychology*. – 2001. – Vol. 48. – No 3. – P. 268–273.

625. *Wampold B. E.* The great psychotherapy debate / B. E. Wampold. – New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates, 2001b.

626. *Watson K.* Hallows humor in medicine / K. Watson // *The Hastings Center Report*. – 2011. – Vol. 41. – No 5. – P. 37–45.

627. *Webb J. R.* [et al.]. Forgiveness as a positive psychotherapy for addiction and suicide: Theory, research, and practice / J. R. Webb, J. K. Hirsch, L. Tous-saint // *Spirituality in Clinical Practice*. – 2015. – Vol. 2. – No 1. – P. 48–60.

628. *Wedekind D.* [et al.]. Attachment style, anxiety coping, and personality-styles in withdrawn Alcohol addicted inpatients / D. Wedekind, B. Bandelow, S. Heitmann [et al.] // *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. – 2013. – Vol. 8. – P. 1–10.

629. *Weisner C.* [et al.]. How important is treatment? One-year outcomes of treated and untreated alcohol-dependent individuals / C. Weisner, H. Matzger, L. A. Kaskutas // *Addiction*. – 2003. – No 98. – P. 901–911.

630. *Weiss R. D.* [et al.]. COMBINE Study Research Group. Do patients with alcohol dependence respond to placebo? Results from the COMBINE Study / R. D. Weiss, S. S. O’Malley, J. D. Hosking [et al.] // *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. – 2008. – Vol. 69. – No 6. – P. 878–884.

631. *Wenzel K.* [et al.]. Levels of dissociation in detoxified substance abusers and their relationship to chronicity of alcohol and drug use / K. Wenzel, D. P. Bernstein, L. Handelsman [et al.] // *Journal of Nervous and Mental Disease*. – 1996. – Vol. 184. – No 4. – P. 220–227.

632. *Westen D.* [et al.]. The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials / D. Westen, C. M. Novotny, H. Thompson-Brenner // *Psychological Bulletin*. — 2004. — Vol. 130. — P. 631–663.

633. *Westra H. A.* [et al.]. Therapy was not what I expected: a preliminary qualitative analysis of concordance between client expectations and experience of cognitive-behavioural therapy / H. A. Westra, A. Aviram, M. Barnes, L. Angus // *Psychotherapy Research*. — 2010. — Vol. 20. — No 4. — P. 436–446.

634. *White M.* Maps of narrative practice / M. White. — N. Y., London : W.W. Norton & Company, 2007.

635. *White W. L.* Recovery/remission from substance use disorders: an analysis of reported outcomes in 415 scientific reports, 1868–2011 / W. L. White. — Philadelphia Department of Behavioral Health and Intellectual disability Services and the Great Lakes Addiction Technology Transfer Center, 2012. — 163 p.

636. *White W. L., Miller W. R.* The use of confrontation in addiction treatment: History, science, and time for a change // *The Counselor*. — 2007. — Vol. 8. — No 4. — P. 12–30.

637. *Winnicott D. W.* The maturational processes and the facilitating environment: studies in the theory of emotional development / D. W. Winnicott. — London : The Hogarth Press, 1976. — 295 p.

638. *Winnicott D. W.* Transitional objects and transitional phenomena; a study of the first not-me possession / D. W. Winnicott // *International Journal of Psychoanalysis*. — 1953. — Vol. 34. — No 2. — P. 89–97.

639. *Wintersteen M. B.* [et al.]. Do gender and racial differences between patient and therapist affect therapeutic alliance and treatment retention in adolescents? / M. B. Wintersteen, J. L. Mensinger, G. S. Diamond // *Professional Psychology: Research and Practice*. — 2005. — Vol. 36. — No 4. — P. 400–408.

640. *Wise R.* Opiate reward: sites and substrates / R. Wise // *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. — 1989. — Vol. 12. — P. 129–133.

641. *Wohl M. J., Thompson A.* A dark side to self-forgiveness: forgiving the self and its association with chronic unhealthy behavior // *British Journal of Social Psychology*. — 2011. — Vol. 50. — Pt. 2. — P. 354–364.

642. *Wolff M. C.* Substance abuse counseling: exploring the pathways of therapeutic process / M. C. Wolff. — The Pennsylvania State University, 2006.

643. *Wolk-Wasserman D.* Suicidal communication of persons attempting suicide and responses of significant others / D. Wolk-Wasserman // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. — 1986. — Vol. 73. — No 5. — P. 481–499.

644. *Woody G. E.* [et al.]. Individual psychotherapy for substance use disorders [Электронный ресурс] / G. E. Woody, D. S. Mercer, L. Luborsky // *Textbook of Substance Abuse Treatment* / Edited by M. Galanter, H. D. Kleber. — Washington DC : The American Psychiatric Press, 1999. — P. 343–352. — Режим доступа: <http://uhrn.civicua.org/library/psy/index.htm>.

645. *Woody G. E.* [et al.]. Psychotherapy in community methadone programs: a validation study / G. E. Woody, A. T. McLellan, L. Luborsky, C. P. O'Brien // *American Journal of Psychiatry*. — 1995. — Vol. 152. — No 9. — P. 1302–1308.

646. *Woody G. E.* Twelve-month follow-up of psychotherapy for opiate dependence / G. E. Woody, A. T. McLellan, L. Luborsky, C. P. O'Brien // *American Journal of Psychiatry*. — 1987. — Vol. 144. — No 5. — P. 590–596.

647. *Workman L., Reader W.* Evolutionary Psychology: An Introduction. — Cambridge : Cambridge University Press, 2014.

648. World Health Organization. The World health report 2001: Mental health: new understanding, new hope / World Health Organization. — France : WHO, 2001. — 178 p.

649. *Worthington E. L., Jr.* Forgiveness and reconciliation: Theory and application / E. L. Worthington, Jr. — N. Y. : Brunner-Routledge, 2006.

650. *Wright F. D.* The Beliefs about Substance Use (BSU) scale / F. D. Wright // Cognitive Therapy of Substance Abuse / A. T. Beck [et al.]. — N. Y. : Guilford Press, 1993. — P. 311–323.

651. *Zimbardo P. G.* Shyness / P. G. Zimbardo. — USA : Da Capo Press, 1977.

652. *Zimmerman M.* [et al.]. The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients / M. Zimmerman, L. Rothschild, I. Chelminski // American Journal of Psychiatry. — 2005. — Vol. 162. — No 10. — P. 1911–1918.

653. *Zisook S., Shear K.* Grief and bereavement: what psychiatrists need to know // World Psychiatry. — 2009. — Vol. 8. — P. 67–74.

654. *Zlotnick C.* [et al.]. Trauma, dissociation, impulsivity, and self-mutilation among substance abuse patients / C. Zlotnick, T. M. Shea, P. Recupero [et al.] // American Journal of Orthopsychiatry. — 1997. — No 61. — P. 650–653.

Шустов Дмитрий Иванович
Тучина Ольга Дмитриевна

ПСИХОТЕРАПИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Руководство для врачей

Редактор *Н. С. Венева*

Корректор *Т. А. Диг*

Компьютерная верстка *Е. В. Саватеевой*

Подписано в печать 10.11.2016. Формат 60 × 88¹/₁₆.

Печ. л. 26,0. Тираж 1000 экз. Заказ №

ООО «Издательство „СпецЛит”».

190103, Санкт-Петербург, 10-я Красноармейская ул., д. 15.

Тел./факс: (812) 495-36-09, 495-36-12

<http://www.speclit.spb.ru>

Отпечатано в типографии ООО «Литография Принт»
191119, Санкт-Петербург, Днепропетровская ул., д. 8

В руководстве авторы останавливаются на 145 терапевтических методах и подходах к лечению алкогольной зависимости, большинство из которых относится к научным методам с доказанной эффективностью. Структура книги отражает последовательность стадий непрерывного терапевтического процесса. В издании приводятся иллюстрации и алгоритмы психотерапевтической работы, а также высказывания известных писателей-алкоголиков, оформленные в виде обратной связи. Список литературы содержит 654 источника, из них 536 — зарубежные, большинство из которых издано в текущем тысячелетии.

Руководство будет полезно психологам, психиатрам-наркологами, психотерапевтам, врачам общей практики, социальным работникам и консультантам, а также всем, кто по роду своей деятельности или в силу личных причин сталкивается с непростыми вопросами лечения алкогольной зависимости.

ISBN 978-5-299-00787-9



9 785299 007879