ОБЩЕСТВЕННАЯ ПАЛАТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Рабочая группа по совершенствованию антинаркотической политики
и реформе системы наркологической помощи

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

Профилактика патологических форм зависимого поведения

ТОМ III

ЛЕЧЕБНАЯ СУБКУЛЬТУРА:
ТЕХНОЛОГИИ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВА
(ТРЕТИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА)

под общей редакцией О.В. Зыкова

Москва 2010

Артеменко А.В., Батищев В.В., Беляева О.В., Ванкон И.Г., Герасимов Р.В., Доронкин В.К., Зиновьева И.А., Зыков О.В., Медведев М.Э., Негериш Н.В., Петровская О.В., Плющева О.А., Полятыкин С.А., Савицкий А.Г., Сучкова А.А., Цымбал Е.И.

Настоящее издание подготовлено и опубликовано за счет средств государственной поддержки, выделенных в качестве гранта в соответствии с распоряжением Президента Российской Федерации от 16 марта 2009 года №160-рп.

«Профилактика патологических форм зависимого поведения» в трех томах. Под общей редакцией О.В. Зыкова.
Том III. Лечебная субкультура: технологии профилактики рецидива (третичная профилактика). – М: РБФ НАН, 2010. – 312 с.

© Общероссийский общественный благотворительный фонд «Российский благотворительный фонд «Нет алкоголизму и наркомании» (РБФ НАН), 2010г.

Содержание

Раздел I
Концептуальные основы третичной профилактики аддиктивного поведения

Глава 1. Концепция «лечебной субкультуры». Программно-целевой подход к организации деятельности наркологической службы....7

Глава 2. Место программ снижения вреда при оказании наркологической помощи....8

Глава 3. Организация реабилитации в наркологии....10
3.1. Духовно-реабилитационная деятельность в наркологии....10
3.2. Стандартизация немедицинской реабилитации наркологических больных....12

Раздел II
Вовлечение больного в пространство оказания наркологической помощи

Глава 1. Информационно-консультативный телефон....16

Глава 2. Первичное консультирование....17

Раздел III
Психотерапия и реабилитация больных алкоголизмом и наркоманией. Программа «Решение»: теория и практика

Введение....22

Глава 1. Стационарная лечебная и реабилитационная помощь больным зависимостью: решения и проблемы (Обзор литературы)....25
1.1. Основные виды современной наркологической помощи....25
1.2. Психотерапия в наркологической клинике....26
1.3. Основные формы организации психотерапевтической помощи больным с зависимостью от психоактивных веществ в стационарных условиях....33
1.4. Формы организации лечебных программ, осуществляющих синтез различных психотерапевтических и реабилитационных методик....37
1.5. Программы лечения и реабилитации больных зависимостью АА/АН «12 Шагов»....38
1.5.1. Программа «12 Шагов» сообщества «Анонимные Алкоголики»....38
1.5.2. Лечебные стационарные программы, основанные на методологии сообщества АА/АН «12 шагов»....41
1.6. Проблемы внедрения программ «12 Шагов» в структуру стационарной наркологической помощи в условиях России....48

Глава 2. Материал и методы исследования программ психотерапии и реабилитации для больных зависимостью....48

Глава 3. Адаптация программы «12 Шагов» для действующего наркологического стационара....49
3.1. Особенности включения в лечебную программу занятий по методике «12 Шагов» АА/АН....51
3.2. Основные знания о методологии и деятельности сообщества АА/АН, необходимые пациентам для участия в стационарной лечебной программе отделения и успешной послестационарной адаптации....52
3.3. Особенности работы социальных работников (консультантов) по программе «12 Шагов» в стационарном наркологическом отделении по лечению больных зависимостью....60
3.4. Личностные и профессиональные характеристики консультантов (социальных работников) – членов сообществ АА/АН или Ал-Анон....64
3.5. Связь лечебной программы отделения с сообществом АА/АН....66

Глава 4. Комплексная стационарная лечебно-реабилитационная программа для больных зависимостью....67
4.1. Общая характеристика поступающих в отделение пациентов....67
4.2. Принципы лечения больных зависимостью в стационарном отделении с интенсивной лечебно-реабилитационной программой, включающей элементы «12 Шагов» АА....68
4.3. Организационные подходы к лечебно-реабилитационной программе....71
4.4. Организация лечебно-реабилитационной среды....75
4.5. Познавательно-информационный раздел программы. Краткое содержание и особенности его реализации....81
4.6. Психотерапевтическая работа в малых группах больных алкоголизмом в стационарном отделении с интенсивной лечебно-реабилитационной программой, использующей методологию «12 Шагов»....90
4.7. Профессиональные и личностные характеристики (критерии) психолога, врача - психотерапевта, психиатра-нарколога, необходимые для работы в лечебно-реабилитационных программах, использующих методологию «12 шагов»....106
4.8. Индивидуальная психотерапия и психокоррекция в отделении....107
4.9. Семейная терапия в отделении....112

Глава 5. Динамика личностно-эмоциональных реакций у больных зависимостью от ПАВ в процессе лечения в стационарном отделении с интенсивной лечебно-реабилитационной программой....114

Глава 6. Оценка эффективности интенсивной лечебно-реабилитационной программы с использованием методологии «12 шагов»....117

Список литературы....122

Приложения....129

Раздел IV
Организация помощи осужденным с проблемами химической зависимости и насилия

Введение....145

Глава 1. Система реабилитации на примере АНО РЦ «Перекресток Семи Дорог»....146

Глава 2. Особенности работы социального работника, консультанта и психолога в отделении психокоррекции по лечению больных алкоголизмом и наркоманией в ИК № 272/2 г. Ангарска....150
2.1. Психотерапия в пенитенциарной системе России....150
2.2. Общие принципы психологической коррекции и психотерапии в пенитенциарных учреждениях....152

Глава 3. Научно-методические основы психокоррекционной работы в отделении....153
3.1. Организация работы отделения....153
3.2. Особенности когнитивно-поведенческой психотерапии в условия отделения психокоррекции....156

Глава 4. Программа психологической коррекции осужденных, зависимых от химических веществ....159

Приложения....191

Список литературы....199

Раздел V
Зависимость и выздоровление глазами пациента

Введение....200

Глава 1. Потребности человека и их удовлетворение. Зависимы ли мы изначально? Разрушающие зависимости....201

Глава 2. Гомеостаз. Стремление к равновесию и гармонии....203

Глава 3. Свобода, выбор и ответственность. Анализ....205

Глава 4. Био-психо-социо-духовная концепция заболевания....207
4.1. Физическая зависимость (био)....209
4.2. Психологический аспект химической зависимости (психо)....210
4.3. Социальный аспект химической зависимости (социо)....212
4.4. Духовный аспект химической зависимости....213

Глава 5. Подросток - кто он? Особенности подросткового возраста....214

Глава 6. Краткая история потребления наркотиков....219

Глава 7. Основная информация о лечении зависимости....221
7.1. Формирование психологической зависимости....222
7.2. Этапы формирования эмоционального синдрома....224

Глава 8. Семейная система. Дисфункциональная семья. Роли и правила в дисфункциональной семье....232
8.1. Семья как система....232
8.2. Распределение ролей в дисфункциональной семье....236
8.3. Как разговаривать с детьми о наркотиках....238
8.4. Признаки возможного употребления наркотиков....239

Глава 9. Чувства человека. 239

Глава 10. Изменение поведения. Лечение и выздоровление. Эффективные методики выздоровления....243
10.1. Модель изменения поведения....243
10.2. Модели лечения, реабилитации и выздоровления от зависимостей....245
10.3. Биологические модели....246
10.4. Психологическая модель....249
10.5. Социальная модель....249
10.6. Духовная модель....250
10.7. Группы взаимопомощи. Программа «12 шагов» Анонимных Алкоголиков, Анонимных Наркоманов....251

Глава 11. Этапы выздоровления семейной системы и химически зависимого, как ее части....258
11.1. Созависимость....258
11.2. Виды созависимости....259
11.3. Выздоровление от созависимости....262

Глава 12. Процесс выздоровления созависимой семьи....265
Приложение № 1....272
Приложение № 2....273

Глава 13. Стадии выздоровления....274
13.1. Переходная стадия....275
13.2. Стадия стабилизации....277
13.3. Стадия раннего выздоровления....279
13.4. Стадия среднего выздоровления....281
13.5. Стадия поддержание трезвости....281

Раздел VI
Организация помощи лицам с игровой зависимостью

Глава 1. Организация и специфика оказания помощи абонентам «горячей линии» по вопросам игровой зависимости....286
Список литературы....292

Глава 2. Первичная консультация. 292

Глава 3. Психологическая помощь при игровой зависимости....294
3.1. Реабилитационная программа «Вне игры»....294
3.2. Программа выздоровления....296
3.3 Упражнения и домашние задания....301

Раздел I

Концептуальные основы третичной профилактики аддиктивного поведения

Глава 1. Концепция «лечебной субкультуры». Программно-целевой подход к организации деятельности наркологической службы

Алкоголизм и наркомания являются хроническими психическими расстройствами с высоким риском возникновения рецидивов, каждый из которых ухудшает прогноз результатов дальнейшего лечения. В связи с этим прекращение злоупотребление ПАВ не может рассматриваться как единственная цель оказания наркологической помощи. Сопутствующей целью лечения больных алкоголизмом и наркоманией является сокращение социальных медицинских потерь, связанных со злоупотреблением ПАВ. Для реализации указанной цели необходимо сохранение связей между больным и социумом, максимальное уменьшение барьеров при оказании больному всех видов медико-социальной помощи, особенно таких, как ВИЧ-инфекция, гепатиты, туберкулез и др.

Одним из направлений, позволяющих сократить медико-социальные потери от злоупотребления наркотиками, прежде всего инъекционными, являются программы «снижения вреда», которые могут включать, как самостоятельный компонент, заместительную терапию. Ярким примером эффективности заместительной терапии при злоупотреблении ПАВ являются никотинсодержащие препараты (жевательная резинка, пластырь и т.п.). Многие курильщики с помощью указанных лекарственных средств ослабляют физическую зависимость от никотина, что позволяет части из них полностью отказаться от курения. В любом случае сокращение числа выкуренных сигарет снижает риск развития рака легких и иных заболеваний, возникающих вследствие воздействия смол, содержащихся в табачном дыме. Сегодня использование никотинсодержащих препаратов является распространенным и одобряемым обществом методом медикаментозной терапии никотиновой зависимости, который помогает миллионам людей и дает значительный медико-социальный эффект. Отсутствие вокруг этого метода лечения ожесточенной полемики в значительной мере связано с тем, что курильщиков (лиц с никотиновой зависимостью), общество воспринимает достаточно терпимо, а сам никотин не рассматривается как наркотик. Касаясь наиболее спорного вопроса использования наркотических веществ в рамках заместительной терапии в отношении соответствующего контингента больных, страдающих наркотической зависимостью, необходимо констатировать неготовность и неспособность наркологической службы реализовывать данную технологию на современном этапе. Прежде всего, это связано с существующим уровнем коррупции в медицине и правоохранительных органах, неразвитостью реабилитационного компонента наркологической службы и высоким уровнем агрессивных настроений в обществе в отношении наркологического контингента.

Под стратегией «снижения вреда» понимаются программы, основной целью которых является уменьшение негативных медицинских и социальных последствий употребления ПАВ без выдвижения требования о немедленном и полном отказе от наркотиков. Все программы снижения вреда

ориентированы на повышение качества жизни и улучшение здоровья больных наркоманией, эта цель достигается после прекращения наркотизации и становления устойчивой ремиссии.

В современном российском законодательстве нет четких критериев, позволяющих отнести ту или иную терапевтическую программу к программам заместительной терапии или снижения вреда. В Российской Федерации программы по работе с больными наркоманией, в той или иной степени использующие положения концепции снижения вреда, реализуются с 1996 года. В рамках этих программ больным наркоманией оказывается консультативная помощь, бесплатно обмениваются шприцы, предоставляются презервативы, облегчается доступ больных наркоманией к специализированной медицинской помощи.

Программы по работе с больными наркоманией, основанные на концепции снижения вреда, являются низкопороговыми (в отличие от организационных форм и методов лечения, предлагаемых в системе государственной наркологической помощи). Эти программы служат своеобразным мостом между больными наркоманией, в первую очередь, наиболее проблемной ее частью, ведущей рискованный образ жизни и не обращающейся за специализированной помощью оказываемой государственными наркологическими учреждениями, а также иными организациями и программами по профилактике наркомании и реабилитации наркозависимых. Они напрямую влияют на качество лечения зависимости от наркотиков, а также ВИЧ-инфекции, поскольку способны эффективно мотивировать наркопотребителей на обращаемость и соблюдение необходимых условий лечения и реабилитации. По своей сути программы снижения вреда являются социально-ориентированными и могут реализовываться некоммерческими общественными организациями.

Глава 2. Место программ снижения вреда при оказании наркологической помощи

В настоящее время совершенно очевидна необходимость отказа от репрессивного мышления в наркологии и идеологизации наркологической помощи. На смену этим подходам должен прийти программно-целевой подход к оказанию наркологической помощи. Цель лечебного процесса – стойкая ремиссия, достижение которой возможно только при сознательном отказе от употребления ПАВ, не основанном на страхе или принуждении, так как страх или принуждение не могут обеспечить стойкость ремиссии. Сознательный отказ от употребления ПАВ является результатом мобилизации внутренних ресурсов личности и выражается в определенном уровне мотивации к отказу от употребления ПАВ. Именно поэтому лечебный процесс должен быть построен по программно-целевому принципу, где целью является формирование мотивации к отказу от употребления ПАВ, а программа формируется в зависимости от исходного уровня мотивации при контакте пациента с данной программой. Поскольку основная причина рецидива – отсутствие у пациента психологических и социальных навыков жизни без использования ПАВ, содержанием программ должны быть социо-психо-технологии, направленные на формирование таких навыков, что также возможно только при определенном уровне мотивации к приобретению этих навыков.

Диспансерно-участковое построение наркологической службы в принципе не предполагает дифференцированность программ в зависимости от уровня мотивации пациента к лечебному процессу. Участковый врач психиатр-нарколог принимает пациента по факту его прихода на прием, а не в связи с определенным уровнем мотивации. В случае программно-целевого построения наркологической службы пациент самостоятельно выбирает ту программу, которая соответствует его уровню мотивации.

Итак, целью программ является повышение мотивации на основе существующего у пациента опыта жизни без употребления ПАВ.

Рассмотрим ряд программ, начиная с ситуации минимальной мотивации пациента к отказу от употребления ПАВ.

I. Программа «Снижение вреда». Больной не мотивирован к отказу от употребления ПАВ.

Цель программы – привлечь пациента к ненасильственному общению с наркологической службой с целью предоставления информации о способах выздоровления и, таким образом, формирование первичной мотивации к отказу от употребления ПАВ. Это возможно, если предоставить пациенту в рамках данной программы специфические услуги, в которых пациент заинтересован и нуждается в них в силу наличия у него зависимости от ПАВ. Прежде всего, такой программой может быть программа «Снижение вреда», а к услугам в этом случае будут относиться:

- обмен «грязных» шприцев на «чистые»;
- предоставление материалов, обеспечивающих стерильность инъекционного введения ПАВ;
- анонимное тестирование на наличие ВИЧ-инфекции;
- бесплатное предоставление презервативов;
- бесплатное предоставление различных информационных материалов, консультирование, социальная поддержка в трудных жизненных ситуациях.

II. Программа «Контактный телефон». Существующий уровень мотивации провоцирует пациента на активный поиск информации о способах выздоровления.

Такую информацию пациент может получить в случае функционирования программы «Контактный телефон». Деятельность этой программы должна быть неотъемлемой частью наркологической службы. Цель программы – сохраняя достаточный уровень доверия привлечь пациента к личному контакту с наркологической службой.

III. Программа «Первичное консультирование».

Готовность пациента сознательно и самостоятельно прийти для получения наиболее полной информации о способах выздоровления должна удовлетворяться программой «Первичного консультирования».

Цель программы – сформировать доверие пациента к лечебному процессу, что возможно только при условии, если первичное консультирование будут проводить специалисты по социальной работе и социальные работники наркологической службы из числа лиц, имеющих собственный опыт выздоровления от зависимости от ПАВ.

IV. Программа «Неотложная наркологическая помощь».

Физическое страдание пациента, связанное с наркологическим заболеванием и заставляющее пациента обратиться за помощью к наркологической службе, является наиболее благоприятным моментом для формирования мотивации к отказу от употребления ПАВ.

Целью, оказываемой в этом случае помощи, должно быть не максимально полное избавление пациента от физического страдания, а психологическая интервенция, направленная на формирование мотивации к отказу от употребления ПАВ. Это достигается, прежде всего, минимизацией использования медикаментозной терапии и массированностью психотерапевтического вмешательства на фоне физического страдания пациента.

V. Программа «Амбулаторная терапевтическая программа».

Амбулаторная программа должна быть, прежде всего, обращена к родственникам и близким лиц, страдающих зависимостью от ПАВ и имеющим проявления созависимости. Одним из наиважнейших факторов выздоровления является санация микросоциальной среды. Цель этой программы – преодоление созависимых отношений в микрогруппе. Основной способ добиться стойкого преодоления созависимых отношений - используя амбулаторную программу, привлечение лиц, страдающих созависимостью к преодолению этого страдания путем посещения групп самопомощи.

VI. Программа «Комплексная интенсивная групповая психотерапия».

Комплексная интенсивная групповая психотерапия может реализовываться как в режиме дневного стационара, так и в режиме круглосуточного стационара, располагаться как в городской, так и в загородной зоне. Цель комплексной интенсивной групповой психотерапии – выработка пси-

хологических и социальных навыков жизни без употребления ПАВ. Содержанием комплексной интенсивной групповой психотерапии являются социо-психо-технологии, моделирующие различные жизненные ситуации, с которыми сталкивается пациент, страдающий зависимостью от ПАВ. Компоновка этих социо-психо-технологий всегда носит авторский характер и зависит от уровня профессионализма руководителей и персонала этой программы.

VII. Программа «Дом на полпути».

«Дом на полпути» - община в загородной зоне, работающая по принципу самопомощи и самообеспечения. В случае приобретения пациентом достаточных психологических навыков преодоления зависимости от ПАВ, но при отсутствии социальных навыков, пребывание в программе «Дом на полпути» дает возможность в щадящем режиме приобрести такие социальные навыки, прежде всего трудовые навыки самообеспечения. Это является завершающим этапом приобретения лицом, страдающим зависимостью от ПАВ, достаточного комплекса навыков, необходимых для жизни в условно нормальном социуме.

Глава 3. Организация реабилитации в наркологии

3.1. Духовно-реабилитационная деятельность в наркологии

Целью духовно-реабилитационной деятельности при оказании наркологической помощи должно быть приобщение личности больного к высшим духовно-нравственным идеалам. Представляется, что правильнее говорить о формировании в обществе системы взаимоотношений, регулируемых нормами права, и опирающихся на понимание духовно-нравственных смыслов. Такая система способствовала бы формированию мотивации на трезвость у зависимого ПАВ человека и обеспечивала бы принятие его в общество через подготовленную дружелюбную среду. Указанная среда должна обладать способностью принимать в себя специфического субъекта, неспособного на первом этапе участвовать в реабилитационных процессах в полной мере. Поэтому в начальном периоде становления трезвости участники реабилитационного процесса не должны предъявлять ему завышенных требований. В такого рода деятельности принцип постепенности, от простого к сложному, является базовым.

Применительно к взаимодействию общества и наркологического больного особое значение в настоящее время приобретает восстановление прав больного, в том числе и моральных, включая право на доброжелательное отношение со стороны общества, которое невозможно без формирования в обществе культуры отношения к больному человеку и его заболеванию. Духовно-реабилитационная составляющая в структуре наркологической помощи должна определять цели и задачи этой помощи и лежать в основе определения критериев ее эффективности. Если понятия нравственности и духовности не брать за основу, то наркологическую помощь можно было бы считать эффективной, если число наркологических больных снижалось бы за счет «естественной» убыли (смертности).

Духовно-нравственные изменения являются самым сложным компонентом реабилитации и, по большому счету, главным критерием эффективности лечения, залогом необратимости произошедших изменений. Опираясь на рассмотренные формулировки, можно предложить следующее определение духовно-реабилитационной деятельности. Духовно-реабилитационная деятельность при оказании наркологической помощи - система мероприятий, направленных на полное или частичное восстановление способности личности к восприятию духовно-нравственных ценностей, влияющих на мотивацию больного прекратить злоупотребление ПАВ сохранять трезвость. Духовно-реабилитационная деятельность направлена на устранение или возможно более полное изменение убеждений и/или преодоление заблуждений наркологического больного, вызванных нарушением или отсутствием смысловых ориентиров, в целях социальной адаптации, достижения

ими независимости от ПАВ и интеграции в общество. Духовно-реабилитационная деятельность включает в себя изменения, затрагивающие все сферы жизни: отношение к собственному здоровью, психологическому состоянию, трудовой деятельности, отношение к обучению и образованию, отношение к обществу и ближнему окружению, нравственным и религиозным ценностям.

Главную роль в организации процесса духовной реабилитации должны играть негосударственные организации, поскольку государство в лице ФСКН, МВД, здравоохранения, соцзащиты, органов по делам семьи и молодежи, многие годы пытаются переложить ответственность за эту проблему друг на друга. Координация между государственными и общественными структурами до настоящего времени отсутствует: нет общих подходов, распределения ответственности и рычагов воздействия. Нормы морали необходимо воплотить в четкие правовые механизмы. При оказании наркологической помощи необходимо осуществить переход мер государственного принуждения к мерам духовно-реабилитационного характера. В Российской Федерации около 800 негосударственных организаций заявляют о том, что они занимаются реабилитацией наркозависимых. Абсолютное большинство этих организаций в своей работе использует те или иные технологии духовно-реабилитационной деятельности. Эти организации имеют либо религиозную христианскую направленность, либо используют подход 12 шаговой программы Анонимных алкоголиков и наркоманов, в которой формулируется понятие о Боге и нравственных ценностях.

Наиболее эффективно действуют те организации, где трудятся так называемые «бывшие» или выздоравливающие алкоголики и наркоманы. В этих организациях большое внимание уделяют поиску высших смыслов, пониманию духовных явлений, понятию о Боге.

Неоспоримыми преимуществами реабилитационных программ, которые реализуют общественные организации, являются:

- программы являются низко пороговыми, в них принимают всех желающих, в любое время суток и в любом состоянии;
- в стационарных общинах больным, проходящим реабилитацию, предоставляют кров и пищу;
- важным элементом реабилитации является эмоциональная поддержка от лиц, с такими же проблемами, как и у самого больного;
- программы дают возможность раскрываться талантам больных: творческим (пение, музыка, изобразительной искусство), административным (организация труда, контакты с общественностью), профессиональным (работа на компьютере, создание сайтов, реклама, полиграфия);
- общественные организации активно привлекают внимание общества к проблеме реабилитации наркологических больных, что не делает государственная наркологическая служба;
- во время участия в группах самопомощи и пребывания в центрах зависимые полностью воздерживаются от алкоголя и наркотиков.

В оказании духовно-реабилитационной помощи особо значима роль традиционных конфессий и Русской Православной Церкви, как наиболее крупной религиозной организации, обладающей наибольшим духовным потенциалом среди общественных институтов в нашей стране. Задача государства, общества и Церкви заключается в том, чтобы вооружить каждого молодого человека антинаркотическим противоядием. Этим противоядием служит вера в возможность реализации личности – «искры Божией» – в каждом человеке. Именно личность человека является тем внутренним генератором полноценной жизни, свободной от любой пагубной зависимости и необузданных страстей. Как сказано в Основах социальной концепции Русской Православной Церкви ответ в реализации государством и обществом принципа «богоподобного достоинства человеческой личности».

3.2. Стандартизация немедицинской реабилитации наркологических больных

Рассмотреть вопрос о стандартизации немедицинской реабилитации наркологических больных заставляют объективные процессы, происходящие в сфере оказания помощи людям, страдающим алкоголизмом и наркоманией. Сегодня наркология оказалась в глубоком кризисе. Она перестала соответствовать современным социальным реалиям и не удовлетворяет потребности общества. В общественном сознании прочно укоренилась точка зрения о том, что единственный вид помощи необходимый больному наркоманией это помощь врача-нарколога, который с помощью лекарств должен избавить своего пациента от болезни. Такой подход разделяют сами больные и большинство из тех, кто сталкиваются с наркозависимыми в силу служебного долга (врачи, наркополицейские, милиционеры, священники). Подобные надежды на людей в белых халатах возлагают и родственники наркологических больных. Вызывает сочувствие ситуация, в которой оказалась профессиональная наркология, поскольку общество ждет от нее решения не медицинской, а социальной проблемы. Но стоит ли искать причину всех проблем отечественной наркологии только внутри профессионального медицинского сообщества?

На сегодняшний день все заинтересованные стороны признают что алкоголизм и наркомания - это социальные болезни не только по тяжести их последствий, но и по их причинам. Не вызывает споров то, что основными истоками наркологических заболеваний являются социальная неустроенность и духовная пустота. Врачи не должны быть крайними в той проблеме, решать которую можно только всем миром. Проблемы реабилитации нарко- и алкозависимых выходят за рамки чисто медицинские.

ПРОБЛЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В СИСТЕМЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Под немедицинской реабилитацией чаще всего понимают реабилитацию социальную. Вопрос о критериях, качестве и стандартах реабилитации сегодня стоит очень остро. С медицинскими технологиями все более и менее понятно. Медицинские учреждения лицензируются, в них работают сертифицированные специалисты, регулярно проходящие постдипломное обучение, которые могут применять только разрешенные методики. Зато государственные структуры призванные оказывать реабилитационную помощь имеют ничтожно малое распространение. Не создана государственная сеть реабилитации. Количество отделений медицинской и социальной реабилитации, оказывающих бесплатную помощь, удручающе мало. При этом очевидным является тот факт, что данные услуги пользуются огромным спросом населения. Их оказывают сотни негосударственных организаций. Эти организации имеют либо религиозную, чаще всего христианскую, направленность, либо используют подход 12 шаговой программы Анонимных алкоголиков и наркоманов, в которой формулируется понятие о Боге и нравственных ценностях. Помощь оказывают либо священнослужители и проповедники из близлежащих общин, либо трудятся так называемые «бывшие» или выздоравливающие наркоманы. Десятки тысяч наркологических больных регулярно прибегают к их услугам. Есть у общественников и неоспоримые преимущества, но также к их деятельности существует много претензий, часто обоснованных. Одна из основных проблем это отсутствие координации между государственными и общественными структурами. Нет общих подходов, распределения ответственности и рычагов воздействия. Необходимо создать условия для реализации многоэтапной наркологической помощи с использованием методов государственного принуждения, направляющих больного человека к структурам Минздравсоцразвития с ориентацией в дальнейшем на духовно-реабилитационную среду.

Для того чтобы государственные центры начали эффективно работать, требуется уточнение термина «реабилитация» в контексте применения ее к потребителям наркотических веществ. Чаще всего используется термин «медико-социальная» реабилитация, который на практике реализуется только в учреждениях здравоохранения в основном в части медицинской помощи. Определение

понятия реабилитации российский законодатель дает в двух направлениях: политическом и медицинском. Применительно только к исторически-правовому феномену реабилитации жертв репрессий и для категории больных, имеющих статус инвалида. В области наркологической помощи каждый обыватель, политик или специалист оперируют термином социальной реабилитации, не задумываясь, что это понятие в данной области не сформулировано. Как можно рассуждать и заниматься тем, что не имеет своего определения? Наиболее часто используемый термин «социально-медицинская реабилитация» является составным и производным от базового определения, которого, по сути, нет.

Для общества на самом деле важно не состояние здоровья наркомана, а его место, роль в обществе и его отношение к обществу. Поэтому необходимо различать и разделять понятия медицинской и социальной реабилитации, четко видеть, где заканчивается лечение и начинается реабилитация. Эти взаимосвязанные в процессе работы с наркоманом виды деятельности являются различными этапами ресоциализации больного. Медицинская реабилитация хорошо отработана в нашей стране. В последнее десятилетие было издано немало нормативных актов призванных регулировать оказание наркологической помощи. Т.е. для нее имеется определенная нормативная и материальная база. Но эффект от традиционного лечения не высок. Социальная составляющая реабилитационного процесса в настоящее время только начинает реализовываться в больницах Москвы и Санкт-Петербурга и некоторых других городов. Основные усилия необходимо приложить для реализации компонента социальной реабилитации. Необходимо совершенствование законодательной базы, а также создание учреждений социальной реабилитации (например: социально-реабилитационных центров, реабилитационно-трудовых коммун, общин и т.п.). Термин «социальная реабилитация наркологических больных» должен обрести четкое правовое содержание.

Многие специалисты говорят о необходимости контроля и лицензирования в этой области. Логика административно-правовых процессов в РФ подсказывает, что ставить вопрос лицензировании социальной реабилитации невозможно ввиду того, что подобное лицензирование не так давно было отменено.

В Российском законодательстве подходы к стандартизации и сертификации качества услуг определяется Федеральным законом от 27 декабря 2002 года № ФЗ-184 «О техническом регулировании», на основании которого несколько лет назад был принят ряд национальных стандартов социального обслуживания:

- ГОСТ Р 52142-2003 Социальное обслуживание населения. Качество социальных услуг;
- ГОСТ Р 52143-2003 Социальное обслуживание населения. Основные виды социальных услуг;
- ГОСТ Р 52495-2005 Социальное обслуживание населения. Термины и определения;
- ГОСТ Р 52496-2005 Социальное обслуживание населения. Контроль качества социальных услуг;
- ГОСТ Р 52497-2005 Социальное обслуживание населения. Система качества учреждений социального обслуживания;
- ГОСТ Р 52498-2005 Социальное обслуживание населения. Классификация учреждений социального обслуживания.

Работа по стандартизации продолжается. Вплоть до 2009 года было принято еще несколько стандартов контроля качества конкретных видов социальных услуг.

К сожалению, в данных ГОСТах дается только общее понятие термина «социальная реабилитация», а термин «трудная жизненная ситуация», хотя и подразумевает болезнь как причину этой ситуации, не уточняет список этих заболеваний. Хотя логичным было бы уточнить, что к этим болезням должны относятся заболевания, включенные в список социально значимых.

Введение термина «социальная реабилитация наркологических больных» в Федеральный закон № ФЗ-195 «Об основах социального обслуживания населения в РФ» и Федеральный закон N ФЗ-3 «О наркотических средствах и психотропных веществах» позволило бы распространить нормы

стандартизации уже существующие в нашей стране в виде национальных стандартов и на сферу наркологической помощи. То есть основной проблемой стандартизации социальной реабилитации наркологических больных в системе государственного здравоохранения является нечеткость формулировок законодательства социальной сферы.

СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В НЕМЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Осуществление самой реабилитации может быть возложено на учреждения социального обслуживания. Как ни странно, основными препятствиями на пути принятия ответственности за реабилитацию наркозависимых являются страхи руководителей социальных ведомств: «нас могут сделать крайними с этими наркоманами, также как сделали крайними, возложив на нас социальную реабилитацию беспризорных и безнадзорных». Федеральный закон от 10 декабря 1995г. № 195-ФЗ уже много лет относит оказание услуг (в том числе и реабилитационных) лицам, попавшим в трудную жизненную ситуацию (включая сюда и болезнь), к сфере деятельности учреждений социального обслуживания. Наркомания – это, безусловно, трудная жизненная ситуация. Самой практикой социальной работы уже подсказывается подобное развитие ситуации. Тому есть яркие примеры.

В Московской области в Егорьевском районе с 2007 года действует отделение по реабилитации подростков, употребляющих ПАВ, при центре социальной реабилитации инвалидов «Чайка». Помимо подростков на реабилитацию принимают и совершеннолетнюю молодежь. В Департаменте труда и социальной защиты населения Ханты-мансийского автономного округа г. Югры помощь лицам, страдающих наркоманией и токсикоманией, осуществляет учреждение социального обслуживания Центр социальной адаптации «Феникс» г. Нижневартовск. Реабилитацию проходят граждане старше 18 лет, страдающие наркоманией и токсикоманией. В Иркутской области единственным государственным учреждением, оказывающим населению услуги в сфере социальной реабилитации зависимостей, является областное государственное учреждение министерства по физической культуре, спорту и молодежной политике «Центр реабилитации наркозависимых «Воля». Целевой группой учреждения является молодежь от 18 до 35 лет и ее ближайшее окружение.

Структура реабилитационных учреждений уже отработана на примере социально-реабилитационных центров, также можно использовать неплохие рекомендации по работе реабилитационных центров для наркоманов, подготовленные Минздравом России. Возможно, создание социально-реабилитационных учреждений или подразделений в системе здравоохранения. Последнее предпочтительнее, так как внутри одного ведомства будет проще решать вопросы направления пациентов.

В Общероссийском классификаторе видов экономической деятельности, продукции, услуг существует код 8531550 «Социальные услуги реабилитационных учреждений (без лечения) для наркоманов и алкоголиков» – прямое указание на учреждения социальной защиты. В области подготовки кадров с 1993 года действуют образовательные стандарты подготовки специалистов (в том числе социальных работников) в области наркологии очень подробные.

К сожалению, в виду отсутствия четкого государственного заказа ориентированного на социальный результат реабилитации, даже тот нормативный потенциал реабилитационной деятельности, который существует, не работает в полной мере.

СТАНДАРТИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В НЕГОСУДАРСТВЕННОМ НАРКОЛОГИЧЕСКОМ СЕКТОРЕ

Можно ли говорить о сертификации и стандартизации реабилитационных услуг негосударственных учреждений? Сегодня в России очевидна острая необходимость в повышении уровня про-

зрачности деятельности антинаркотических НКО (действующих на основе законодательства России о некоммерческих организациях) с целью повышения уровня эффективности их взаимодействия с заинтересованными сторонами, в том числе с органами власти, позиция которых существенно влияет на результаты деятельности НКО.

Под антинаркотическими НКО понимаются организации, которые работают в сфере противодействия распространению химических зависимостей и могут быть отнесены к организациям гражданского общества, участвующим в решении важных социальных проблем, которые осознаются обществом в текущий момент как угрожающие его устойчивости. Деятельность этих организаций направлена на восстановление адекватного социального статуса лиц, страдающих химическими зависимостями.

Одним из путей решения задачи повышения уровня прозрачности деятельности антинаркотических НКО является организация процесса стандартизированной оценки эффективности деятельности данного типа НКО. Даже в отсутствии государственных стандартов по социальной реабилитации наркологических больных, Закон «О техническом регулировании» позволяет широко внедрять системы добровольной сертификации. Любое профессиональное сообщество может в соответствии с нормами ГОСТ разработать и утвердить в государственных органах контроля и надзора собственные стандарты, так называемые СТО (Стандарты организаций) и на их основании проводить сертификацию.

Ярким примером такого подхода является «Методика оценки эффективности НКО, работающих в области профилактики потребления ПАВ и реабилитации лиц, страдающих химической зависимостью», подготовленная Свердловской областной общественной организацией «Антинаркотический центр «Спасение». Методические рекомендации были разработаны в рамках реализации проекта на средства государственной поддержки, выделенные в качестве гранта в соответствии с распоряжением Президента Российской Федерации от 14 апреля 2008 года № 192–рп. В рамках данной работы был разработан СТАНДАРТ АНТИНАРКОТИЧЕСКОЙ НЕКОММЕРЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ СТО 91.33-1036605621656-2009. Использовать данный стандарт может любая организация в России. Соблюдая определенные требования установленные государственными органами стандартизации можно участвовать в процессе добровольной сертификации.

На сегодня в рамках Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации сложились самые благоприятные перспективы для устранения межведомственных противоречий и нормативных пробелов между социальной защитой и здравоохранением в области реабилитации наркозависимых.

О необходимости развивать федеральную сеть реабилитационных центров для социальной адаптации зависимых регулярно говорит и Президент РФ, и руководитель ФСКН, и Министр здравоохранения.

Авторы проекта новой наркологической концепции придерживаются мнения о том, что современная наркология должна быть правовой. Т. е. медицинские организации должны стать участниками мультидисциплинарного процесса, обеспеченного правовыми механизмами и ориентированного на достижение социально значимого результата. При общем кризисе наркологии в наихудшей ситуации оказалось реабилитационное звено. Ликвидация советской системы реабилитации в т. ч. ЛТП, не повлекла за собой создания современной системы. Но даже при малом количестве реабилитационных коек вопрос о стандартизации реабилитационной помощи является чрезвычайно актуальным, так как целью стандартизации является в первую очередь повышения качества реабилитации и ее результативности.

Раздел II

Вовлечение больного в пространство оказания наркологической помощи

Глава 1. Информационно-консультативный телефон

Программа «Информационно-консультативная телефонная служба» - первая ступенька на пути человека с наркологическими проблемами и его родственников и друзей к лечебной субкультуре - такой среде, где они смогут начать путь к конструктивному решению наркологических и личностных проблем. Обращаясь за помощью через телефон, пациент с низким уровнем мотивации вступает в личный контакт с наркологической службой и получает информацию о методах выздоровления. Цель консультирования - предоставление комплексной информации о различных способах выздоровления при наркологических проблемах: неотложной помощи (детоксикации), амбулаторной и стационарной (в том числе реабилитации), о группах самопомощи (по программе «12 шагов»). Специалистами собрана база данных о различных видах наркологической помощи (медицинских и нелекарственных методах) в государственных и общественных учреждениях города. Достоверность информации, соответствие работы указанных учреждений принципам деятельности Фонда регулярно проверяется.

Специалисты информационной телефонной службы устанавливают и координируют связи пациента с лечебными центрами и группами самопомощи, осуществляют помощь членам семьи и близким пациента, информируют о программах выздоровления. Ведется запись на консультирование к специалистам Фонда и статистическая документация. Работники службы информируют по телефону о проведении тренингов и семинаров по проблемам зависимостей. Они осуществляют связь с государственными и общественными организациями, занимающимися проблемами ресоциализации наркологических больных.

Телефонное мини-консультирование с лимитом времени в 10 минут имеет две главные задачи – психологическую поддержку и предоставление определенной информации по запросу. Консультанты на телефоне стремятся создать доверительные личностные отношения с пациентом и одновременно усилить мотивацию на выздоровление. Ведут телефонный диалог специалисты – консультанты на телефоне. Они должны иметь профессиональную подготовку в области психологии, физиологии, педагогики, законодательства, обладать высокой личностной культурой. Им приходится принимать решения в самых неожиданных ситуациях, быть оперативными, четко формулировать свои мысли и грамотно и доходчиво излагать их пациентам. И всегда быть благожелательными, открытыми к общению и компетентными. Человеку в кризисной ситуации нельзя отказать в диалоге, особенно человеку с наркологическими проблемами. Это может иметь фатальные последствия.

Звонок человека, попавшего в трудную жизненную ситуацию. Человек просит о помощи и сообщает то, что является тайной не только для других, но и для него самого – его болезнь, которая в обществе считается нравственным падением и даже преступлением. Поэтому он беззащитен, недоверчив, колеблется и часто не может сформулировать запрос. Консультант владеет этикой ответственности за конфиденциальность их мини-диалога. Он устанавливает контакт, учитывая технику телефонного пространства, когда собеседники могут только слышать друг друга (использование определенной интонации и ритма речи). Во время диалога происходит как бы совместная исследова-

тельская работа для определения путей выхода из кризисной ситуации. Консультант работает «собой», иначе дело можно было бы поручить компьютерному центру. В разговоре он использует язык позвонившего, чтобы войти, прикоснуться к миру его реальностей. Слова, с которыми человек обращается за помощью, символичны и выстраданы им. Если консультант говорит его языком, человек слышит, что тот сопричастен его переживаниям. Обратная связь помогает специалисту корректировать выбранную тактику.

Ведение телефонного диалога имеет свои особенности. Часто возникает проблема «зависания» абонента. Позвонивший хочет избавиться от страданий и разом сбросить по телефону свои отрицательные эмоции. Но консультант не позволяет абоненту «застрять» на пересказе его проблем и переживаний. Он не входит в те сферы, в которых он не компетентен. Используя профессиональные методы консультирования, он не углубляется в такого рода общение, но оказывает заботливую поддержку. При этом важна психологическая толерантность консультанта. Для продолжения разговора предлагается очная консультация с другим специалистом для укрепления мотивации и определения конкретного плана для выздоровления. Но очень важно, чтобы первое же обращение человека за помощью через телефон, сразу восстановило его утраченную надежду на выздоровление. Ведь это ускорит процесс его дальнейшего выздоровления.

Во время диалога консультант не вступает в спор, не оказывает сопротивление, критикуя «неправильные» высказывания позвонившего. Главное - сохранить контакт, «телефонную» эмпатию. Высокомерный и нравоучительный тон консультанта порождает скуку, злость и недоверие абонента. При отсылке к другим службам, консультант снова стремится не потерять контакт и не дать почувствовать человеку, что от него избавились.

Консультирование должно быть логически завершенным. Предоставление специально подобранной информации о путях выздоровления – хорошее конструктивное завершение разговора. Большое значение для мини-диалога имеет также четкость запроса и настрой самого позвонившего. В большинстве же случаев специалист компенсирует недостатки запроса за счет выработанных профессиональных методов, что несколько увеличивает время общения.

В положительном случае консультирование по телефону становится для абонента началом его пути к выздоровлению. Тогда оба достигли цели и консультант, и позвонивший, встреча была полезной для обоих. В любом случае позвонивший будет внимательно выслушан и встретится с чуткими, заинтересованными в его проблемах людьми, что уже важно при дефиците общения при наркологических проблемах. Человек сможет отделиться от безысходности и безразличия, какими при его болезни наполнен его мир, и начать новый путь. Уникальность консультации в том, что она способствует, хотя бы временно, изменению этого болезненного видения через телефонное общение. Два человека - консультант и человек, обратившийся за помощью в беде, встречаются в особом пространстве, созданном усилиями консультанта и желанием самого человека «лицом к лицу». Оба участвуют в восстановлении здорового отношения к жизни. В этическом смысле от честности позиции каждого зависит результат.

В основном, помимо выполнения информационных функций, телефонная консультационная служба имеет целью восстановление надежды у пациента. Консультант на телефоне, прежде всего, стремится достичь доверия у позвонившего к службе, укрепляет позитивную мотивацию, надежду и сообщает специальную информацию на запрос позвонившего. Разговор строится на этической основе, с учетом права личности на собственное решение. Консультант не дает советов, стремится не предстать всезнающим экспертом, но и не быть мертвым камнем, а помочь человеку самому осознать проблему и начать путь к выздоровлению.

Глава 2. Первичное консультирование

Для тех пациентов, которые после обращения на наркологический телефон доверия сознательно хотят получить более полную информацию о способах выздоровления, разработана про-

грамма «Первичное консультирование». Пациент приобретает опыт нового общения с лечебной субкультурой где он сможет чувствовать себя защищенным и конструктивно решать свои проблемы. Цель программы – сформировать доверие пациента к лечебному процессу. Работа консультанта этой программы имеет четкую структуру, обусловленную решаемыми им задачами, профессиональными и этическими нормами.

Консультант службы первичного консультирования устанавливает первоначальный контакт с пациентом или его семьей. С теми, кто имеет сформировавшуюся зависимость от ПАВ, работает консультант по химической зависимости. Он сообщает необходимую информацию о болезни, способах борьбы с ней, способствует преодолению синдрома отрицания болезни и формирует мотивацию на лечение. Консультант предоставляет необходимую информацию о лечебных центрах, устанавливает связь с лечебными программами и группами самопомощи. Семейный консультант осуществляет социально-психологическую помощь членам семьи и близким пациента, а также устанавливает связь с лечебными программами и группами самопомощи. Консультанты координируют помощь пациенту и его семье в решении социальных проблем, возникших в процессе лечения. Продолжение процесса выздоровления для пациента происходит в лечебно-реабилитационных программах, которые ведут консультанты и психологи.

В задачи консультанта на первичной консультации входит формирование мотивации на лечение и сообщение необходимой информации о программе. Важным в работе консультанта является то, что он имеет бесценный опыт собственного выздоровления. Например, наркоман, в силу своей болезни, никому не доверяет и консультант, говоря о собственном опыте, может создать особую атмосферу доверия и эмоциональной теплоты, которой так не хватает людям, страдающим зависимостью от ПАВ.

Пациент приходит на консультацию со слабой мотивацией к выздоровлению. Однако, желание выздоравливать периодически возникает у страдающего наркоманией или алкоголизмом еще до консультации. Оно постепенно зреет, но его реализации мешает незрелость личности пациента и часто оскорбительное недоверие родственников, считающих близкого для них человека «совершенно безвольным»--. Иногда человек сам заявляет о желании выздоравливать - отчаяние «дна» зависимости дает ему силу. Силу противостоять болезни дает доверие и принятие сразу «на равных» на первичном консультировании. Если на консультации пациент встречается с человеком, который сам является выздоравливающим от зависимости, с неформальным отношением, принятием, не осуждением и искренним желанием помочь, это как бы встряхивает его ото сна: «Да, я хочу бросить злоупотреблять». Во внезапном решении, поэтому, нет ничего удивительного. Не следует забывать и о внешнем облике консультанта – он не должен быть вызывающим и отвлекающим от беседы.

На первичное консультирование приходят разными путями. Это те, кто искал пути выздоровления через информационно-консультативный телефон и записался на консультацию. И те, кто впервые пришел в Информационно-консультативный центр по настоянию близких, и пришедшие по направлению врача наркоманы, алкоголики или их родственники. Но и первые и последние оказываются на равных условиях. Они приходят на уникальную консультацию, которая, будучи первичной, никогда не повторится, но, возможно, надолго останется в памяти и будет работать.

Особенность первичного консультирования состоит в том, что оно представляет собой доверительную беседу двух личностей с целью помочь попавшему в беду человеку самому найти правильный выход из кризисной ситуации. Задача консультанта за 45 минут встречи - создать для себя его психологический портрет, дать высказаться, выделить из всего рассказанного еще нечеткий запрос, определить связи среди множества накопившихся проблем, сформировать мотив к выздоровлению, быть ответственным за конструктивность беседы и при этом не брать на себя ответственность за решение проблемы, не давать мудрых советов. Только в конце встречи консультант предоставляет специальную информацию.

Кроме навыков эффективной коммуникации консультанты должны иметь представление об индивидуальных психологических проблемах пациентов и владеть техникой установления и поддержания психологического контакта:

- Умение внимательно слушать - спокойная, ненапряженная, открытая поза, контакт глазами, реплики, выражающие понимание того, что говорит пациент.
- Умение вкратце своими словами сформулировать то, что было сказано пациентом.
- непосредственное (прямое) приглашение к разговору.
- Умение быстро собрать основную информацию о пациенте.
- Умение сосредотачиваться.
- Стремление к конкретности и точности речи.
- Навыки ведения диалога - постановка прямых и косвенных вопросов.
- Способность наблюдать и осмысливать свое поведение.
- Умение ненавязчиво поощрить пациента к продолжению разговора.
- Предоставление пациенту необходимой информации.

Профессиональная подготовка консультанта требует высоких стандартов поведения особенно в отношении самоконтроля, стрессоустойчивости, эмпатичности, коммуникабельности. Он должен обладать «супервидением», т.е. предвидеть последствия своих действий, твердо проводить в жизнь свою профессиональную позицию. Консультанту необходимы профессиональный такт и соблюдение профессиональной тайны. Он должен обладать эмоциональной устойчивостью, добросовестно исполнять долг, оставаясь всегда доброжелательным и внимательным. Определен круг специальных знаний, необходимых консультанту в сфере наркологии.

Тематические подходы к терапии болезни зависимости от ПАВ:

- Био-психо-социо-духовная модель химической зависимости.
- Зависимость и работа; зависимость и социум.
- Модели и принципы лечения наркологических больных (12-шаговые программы).
- Семья как система. Зависимость и созависимость.
- Личностные, этнические, социальные и культуральные факторы развития зависимости.
- СПИД и наркомания.
- Профилактика зависимости - цели, методы, подходы, навыки.
- Групповая терапия – наиболее эффективный метод тренинга; групповая динамика - возможности и ограничения.
- Группы самопомощи (АА, НА, Ал-Анон, Нар-Анон и др.).
- Динамика выздоровления.
- «Инструменты» трезвости, трезвость как личная духовная и социальная позиция.
- «Интервенция» - теория, навыки, парадигма.
- Профилактика и преодоление «срывов» и рецидивов.

Дополнительная информация:

- история алкоголя и алкоголизма,
- наркотики и общество,
- этика в профессиональном консультировании,
- тренинги антиалкогольной устойчивости,
- биохимия зависимости, биологические аспекты зависимости,
- диагностика, дифференциальный диагноз, смешанные формы заболеваний – возможности помощи различным больным,
- социальные проблемы и алкоголизм (болезнь у мужчин и женщин, пожилых, подростков; этнические аспекты; сексуальные проблемы; правонарушения и карьера и т.д.),
- питание и зависимости,
- особые программы помощи (служащим и т.п.),
- работа с окружением, обществом, средствами массовой информации,
- планирование и административные аспекты работы в программах,

- анализ результатов работы, статистическая обработка их,
- ведение документации.

Создание мотивации это результат труда консультанта. Чтобы не потерять компетентность он постоянно трудится над собой.

Функции консультанта реабилитационной программы. Основная функция консультанта – это первичная консультация. Во время этого процесса принимается решение о выборе конкретной схемы лечения, как пациентом, так и специалистом. Если пациент, по каким - либо причинам не сможет посещать конкретную программу, консультант должен направить его в другую. Для этого он должен иметь информацию о других реабилитационных, профилактических и иных центрах. Если пациенту отказано в приеме в программу, это должно быть мотивированно.

На этапе знакомства с пациентом консультант не только получает информацию о нем, но и помогает ему сделать начальные шаги в осознании себя, более реалистично увидеть свои проблемы. На этом же этапе консультант заполняет необходимые формы (анкеты, соглашение и т.д.). Далее ориентирует пациента в проблеме и способах ее решения. Пациенту дается информация о природе заболевания, цели и методы реабилитационной программы, правила поведения в программе, расписание программы.

Этот процесс может осуществляться консультантом одновременно с предыдущими двумя функциями. У пациента в программе часто возникает чувство одиночества, которое может вызвать неверие в свои силы, в собственное выздоровление и, как следствие, изоляция от окружающих. Консультант должен говорить об этом пациенту, чтобы помочь ему. Эта, как и предшествующие функции, не односторонние. В процессе их осуществления информация передается не только от пациента консультанту, но и наоборот. Это важно учитывать, чтобы эти функции не свелись к механическому сбору ответов на вопросы.

Далее консультант определяет сильные и слабые стороны пациента, его проблемы и трудности с целью выработки плана лечения. При этом необходимо оценить уровень мотивации пациента, степень готовности к изменениям, уровень страха, противодействующего этим переменам. Надо выявить степень, в которой повлияло на пациента заболевание (степень поражения психики, интеллекта, памяти, нервной системы и др.). Эта оценка производится в течение первой недели пребывания пациента в программе. Важно помнить, что оценка строится на фактах, а не на предположениях.

В результате такой оценки составляется план лечения, в котором учитывается очередность решения выявленных проблем и степень их важности для пациента. Лечебный план должен быть понятен пациенту и описывать конкретные действия пациента и консультанта. Формулировки плана должны позволять отслеживать динамику в решении проблем. Цель работы определяется отдельно для каждой проблемы. Выздоровление – процесс динамический, поэтому должен постоянно корректироваться и изменяться.

Составление лечебного плана заключается в следующем - консультант совместно с пациентом:

- тщательно оценивает все имеющиеся возможности для решения конкретных проблем;
- определяет оптимальную стратегию лечения;
- согласовывает лечебный план, учитывая все индивидуальные особенности (возраст, пол, этнические особенности и т.д.);
- периодически оценивают выполнение плана и корректируют его;
- составляют точный лечебный план (что возможно лишь при хорошем контакте с пациентом).

При первом планировании учитываются только ближайшие проблемы, связанные с употреблением алкоголя или наркотиков. Не рассматриваются при этом проблемы, которые возникли в результате болезни. Все эти проблемы необходимо учитывать, но на первом этапе главное это - упрочить трезвость, остальные проблемы следует отложить на более поздний этап лечения. Цель

в лечебном плане должна формулироваться так, чтобы можно было проследить динамику ее достижения.

Одна из основных функций консультанта в программе – это консультирование, которое, может быть индивидуальным или групповым. Консультант использует специальные навыки для помощи пациенту, членам его семьи в достижении поставленных целей посредством выявления проблемы и обозначения ее границ, исследования чувств пациента по поводу проблем, рассмотрения возможных вариантов решений, принятия решений.

Деятельность консультанта направлена на объединение усилий всех сотрудников и ресурсов программы для достижения поставленных в лечебном плане целей. Для выполнения этой функции от консультанта может потребоваться выполнение действий, способствующих решению юридических, медицинских, трудовых, жилищных и других проблем пациента.

Преодоление кризисных ситуаций также одна из функций консультанта. Кризис – это такое развитие событий во время лечения, которое ставит под угрозу выздоровление пациента или приводит к рецидиву болезни. Кризис обычно развивается не внезапно, а постепенно, то есть он – не событие, а процесс. Консультант отслеживает развитие этого процесса еще на ранних стадиях.

Важное место в работе консультанта занимает профилактика преждевременной выписки пациента, профилактика отказов от лечения. Особого внимания с этой точки зрения требуют пациенты, входящие в группу риска, то есть пациенты, которые уже проходили аналогичное лечение прежде, имеющие отказы от лечения и преждевременные выписки. При наличии кризисной ситуации консультант должен составить список индивидуальных симптомов срыва у пациента, оповестить об этих симптомах персонал программы, попытаться упрочить терапевтический контакт с пациентом, оказать эмоциональную поддержку, увеличить нагрузку пациента индивидуальными заданиями и т.д.

В ходе лечения консультант предоставляет пациенту информацию о природе зависимости, ее симптомах, развитии, об особенностях процесса выздоровления, о возможных средствах и способах выздоровления. Информация предоставляется в виде лекций, бесед, индивидуальных занятий, книг, видеофильмов и т.д. При этом консультанту необходимо учитывать, когда, как и какую именно информацию необходимо предоставить.

Определяя нужды пациента, которые не могут быть удовлетворены консультантом или программой, специалист должен искать новые возможности для решения возникших проблем. Чтобы выполнять эту функцию, необходимо располагать информацией о различных службах, системах помощи для зависимых.

Ведение записей - одна из важных функций консультанта, куда входит описание результатов занятий, лечебного плана, динамические наблюдения и др.

Консультант поддерживает связи с другими специалистами внутри и за пределами программы для обеспечения комплексного ведения пациента и наиболее полного решения его проблем.

Можно выделить дополнительные функции, которые приходится выполнять консультанту: установление контактов с другими организациями, средствами массовой информации, послелечебный патронаж, прослеживание динамики выздоровления и т.п.

Раздел III

Психотерапия и реабилитация больных алкоголизмом и наркоманией. Программа «Решение»: теория и практика

Введение

Быстро меняющиеся социальные и экономические условия ставят сегодня перед наркологической службой серьезные проблемы, решение которых может обеспечиваться развитием и внедрением в повседневную врачебную практику новых форм оказания специализированной помощи населению, имеющих наиболее высокую эффективность и требующих наименьших экономических затрат на свое функционирование. При этом важно, как можно более широко используя принципы доступности, добровольности и анонимности лечения, реализовать весь спектр традиционных и нетрадиционных подходов к противоалкогольной и антинаркотической терапии, одновременно максимально учитывая потребности и возможности больного и его семьи при их привлечении к работе в социально-психологических лечебных и реабилитационных программах. Необходимо активно применять, помимо медикаментозной терапии, всевозможные техники и методики психотерапевтического воздействия на лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманиями.

Существенным недостатком современной стационарной наркологической помощи является то, что терапия больных алкоголизмом и другими зависимостями ограничивается краткосрочным медикаментозным лечением клинических проявлений абстинентного синдрома (дезинтоксикационная терапия, фармакотерапия влечения, терапия внутренних органов, пораженных длительной интоксикацией, и пр.) и назначением препаратов, корригирующих те или иные психологические и поведенческие нарушения у пациентов в период становления ремиссии. При этом не учитывается, что большинство этих нарушений можно устранять с помощью психокоррекционных, психотерапевтических воздействий.

Психотерапия обоснованно считается одним из основных методов лечения зависимости. Она позволяет успешно воздействовать на такие важные психопатологические феномены, как анозогнозия, различные формы патологических проявлений психологической защиты, изменять стереотипы аддиктивного поведения, вырабатывать у больных адекватное отношение к болезни, к роли своей личности в заболевании и выздоровлении и т.д. В большинстве случаев психотерапия, используемая в процессе лечения больных с зависимостью от ПАВ, носит характер недлительного директивно-установочного вмешательства («рациональная» терапия, суггестия в бодрствующем состоянии, гипноз и т.д.), либо применяются те или иные психотерапевтические индивидуальные и групповые техники, цели и необходимость применения которых в отношении наркологических больных не всегда понятны, так как их воздействие на пациента осуществляется без учета проявлений болезни. Соответственно, эффективность такого психотерапевтического вмешательства подчас крайне мала и не отвечает современным потребностям в обеспечении населения наркологической помощью.

Для полноценного воздействия на всю совокупность личностных и патологических поведенческих проявлений зависимости от ПАВ во многих странах сегодня используются комплексные лечебные стационарные и\или амбулаторные программы, включающие в себя обучающий (информационно-познавательный) и психотерапевтический компоненты, а также элементы программы «12 Шагов» сообществ Анонимные Алкоголики (АА) и Анонимные Наркоманы (АН).

Единственным путем повышения качества наркологической помощи в России так же является применение психотерапевтических программ, использующих принципы системного подхода к терапии больных зависимостью. В связи с этим, наиболее эффективной формой работы является уже названный выше комплекс мероприятий, в который входят: информирование пациентов о проявлениях болезни, психотерапия малых групп, обучение методам послелечебного восстановления (реабилитации) и формирование терапевтического сообщества в условиях стационарного лечения. Для формирования психотерапевтической программы в стационаре необходимо использование сочетания различных форм групповой работы под руководством психотерапевтов (психологов) и с ориентацией пациентов на последующую реабилитацию в группах само- и взаимопомощи - Анонимные Алкоголики, Анонимные Наркоманы, работающих по программе «12 шагов».

Программа «12 шагов» Анонимных Алкоголиков была создана в 1935 г. в США, на основе общих принципов духовной реабилитации человека, адаптированных для людей страдающих химической зависимостью. На данный момент движение Анонимных Алкоголиков самое распространенное в мире движение взаимопомощи больных зависимостью. На основе этой программы работают программы само - и взаимопомощи людей, страдающих другими видами зависимостей. Принципы этой программы используются в большинстве лечебно-реабилитационных центров по лечению больных химической зависимостью в США и в странах Западной Европы. Имеются лечебно-реабилитационные учреждения, использующие в своей работе программу «12 шагов» в Москве и ряде других городов России.

Описываемая программа стационарной наркологической помощи «Решение», апробировалась в Наркологической больнице № 19 г. Москвы. Эта программа рассчитана преимущественно на пациентов с низким уровнем мотивации на лечение. Лечение в программе получили приблизительно 3500 человек, около 700 из них больше не возвращались к потреблению алкоголя или наркотиков, около 900 обрели трезвость после одного или нескольких срывов, а у большинства тех, кто продолжает алкоголизироваться, значительно снизилась тяжесть течения болезни, улучшилось социальное функционирование.

Настоящая работа призвана помочь специалистам понять методологию психотерапевтической работы с больными зависимостью, в том числе и в рамках Миннесотской модели, оказать помощь в понимании методологии организации таких программ, например, в плане документального их оформления.

Вопросы повышения качества лечебной работы с больными зависимостью от ПАВ являются весьма актуальными для нашей страны – в связи с сохраняющейся напряженной наркологической ситуацией и недостаточной готовностью специализированной службы, в первую очередь ее стационарного звена, к практическому решению задач эффективной психологической и социальной реабилитации этих больных (Н.Н. Иванец, 1995, 1997; М.Г. Цетлин, В.Е. Пелипас, 2000). Со времени выделения в 1975 году наркологии в качестве одной из служб здравоохранения основным принципом терапии в ее учреждениях стала комплексность, т.е. обязательное сочетание в системе лечебного воздействия на больных методов и средств фармако-, психо- и социотерапии (Э.А. Бабаян, 1976; Г.В. Морозов, Н.Н. Иванец, В.Е. Рожнов, 1985). Соотношение объемов этих видов терапии определяется индивидуально, в зависимости от роли биологических, психологических и социальных факторов в патогенезе болезни, а также от этапа лечебного процесса (Н.Н. Иванец, 1990, 1995).

В настоящее время хорошо разработаны методики медикаментозной терапии алкоголизма и наркомании – дезинтоксикации, купирования патологического влечения к алкоголю/наркотику

и связанных с ним аффективных и поведенческих расстройств, преодоления сомато-неврологических последствий хронической алкогольной и наркотической интоксикации (Н.Н. Иванец, 1992, 1995, 2000; В.Б. Альтшулер, 1994; О.Ф. Ерышев, 1997, и др.). Существенным недостатком оказания наркологической помощи является отсутствие в большинстве специализированных стационаров системы позитивной реконструкции личности, коррекции нарушившихся в ходе болезни и создания новых конструктивных отношений больного с семьей и ближайшем окружением. В практике психотерапии зависимости все еще доминируют манипулятивные методы, представляющие собой как различные виды классического индивидуального и группового суггестивного и гипносуггестивного воздействия (П.Е. Буль, 1974; В.Е. Рожнов, 1979, 1983) и техники поведенческой терапии (J. Volpe, 1971), так и их современные модификации («кодирование» по А.Р. Довженко, 1987, и др.). Применяются и развивающие личность методы – рациональная и когнитивная терапия (Д.В. Панков, 1971; И.С. Павлов, 1980; Б.М. Гузиков, А.А. Мейроян, 1988; E. Gottheil, 1978, и др.), психоанализ, гештальт-терапия, трансактный и экзистенциальный анализ и другие. Наиболее эффективной формой помощи оказалась психотерапия в малых группах, использующая эффекты группового взаимодействия, в том числе в ходе открытых дискуссий, различных ролевых игр, и механизмы позитивной групповой динамики.

Важным моментом в процессе совершенствования лечебно-реабилитационного процесса в клинике алкоголизма и наркомании явилось обращение специалистов, работавших как в амбулаторных, так и в стационарных учреждениях, к методологии преодоления химической зависимости, личностного и социального восстановления, предлагаемой сообществом Анонимные Алкоголики (АА) и Анонимные Наркоманы (АН). Базовыми принципами деятельности АА/АН являются анонимность его членов, полная самостоятельность и независимость групп от государственных и общественных структур. Основные ее цели – поддержание трезвости членов групп, их личностный рост, донесение идей сообщества до других проблемных лиц; механизм их достижения – последовательное освоение «Шагов», взаимоподдержка, активная помощь новичкам. Сегодня АА/АН – самое распространенное в мире движение взаимопомощи злоупотребляющих алкоголем и их родных.

В 1949 г. методология «12 Шагов» была впервые положена в основу стационарной модели организации лечебного процесса с больными алкоголизмом, названной (по месту нахождения клиники Хазелден) Миннесотской. В последующем эта модель в различных модификациях получила распространение в США, а затем и во всем мире. Принципы этой программы, эффективность которой подтверждена специальными исследованиями (S. Alford et al., 1991; G. Keso, M. Salaspuro, 1994, и др.), сегодня используются в 80% лечебно-реабилитационных центров для больных с зависимостью в США, в 50% таких центров в Западной Европе, а также в ряде стран Восточной Европы, в частности в Польше (Бюллетень Всемирного Сервиса АА, 1996; Б. Воронович, 1991, 1999). С начала 90-х годов и в России появились наркологические учреждения, применяющие элементы «12 Шагов», прежде всего в амбулаторной работе, деятельности дневных стационаров (Е.А. Проценко, 1993; Т.Л. Житникова, 1998, и др.).

В то же время специальных исследований и публикаций, анализирующих проблему внедрения программы АА в отечественную наркологическую службу, в том числе в стационарные подразделения, и оценивающие ее эффективность, не производилось. Не описаны пути обеспечения оптимального сочетания в единой психотерапевтической системе групповой работы по методологии АА и других развивающих личностных методик. Не сформированы требования к штатному составу отделения, работающего по новой модели, его подготовке, функциональным обязанностям его сотрудников, не проработаны механизмы включения в него бывших больных в качестве консультантов (социальных работников).

Глава 1. Стационарная лечебная и реабилитационная помощь больным зависимостью: решения и проблемы (Обзор литературы)

1.1. Основные виды современной стационарной наркологической помощи

Современная стационарная наркологическая помощь включает в себя следующие компоненты (Г.М. Энтин, 1990; Н.Н. Иванец, 1995,1997; М.Г. Цетлин, В.Е. Пелипас, 2000): дезинтоксикация; фармакотерапия абстинентного синдрома; фармакокоррекция психопатологических и соматических расстройств в постабстинентный период (начальный период становления ремиссии); фармако- и психотерапия, направленная на преодоление, подавление, дезактуализацию патологического влечения к алкоголю и (или) другим психоактивным веществам; реконструктивная (индивидуальная и семейная) психотерапия.

Стационарное лечение наркологических больных, к сожалению, часто ограничивается детоксикацией, краткосрочной медикаментозной терапией ведущих проявлений абстинентного синдрома и назначением препаратов, корригирующих психические и физические (соматические) нарушения, наблюдающиеся на этапе выхода в ремиссию.

При рассмотрении болезненных расстройств, возникающих в ходе формирования зависимости от психоактивных веществ, общепризнанной считается био-психо-социальная модель, описывающая эти нарушения на различных уровнях функционирования человека (Ю.В. Валентик, 1989, 1997; Н.Н. Иванец, 1997).

Биологический уровень нарушений проявляется в дисбалансе нейрогуморальной регуляции жизнедеятельности, который выступает наиболее остро у наркологических больных в период наличия у них похмельно-абстинентных состояний, а также в неспособности различных мозговых структур таких пациентов адекватно реагировать на возникающие в процессе трезвого периода жизни стрессовые ситуации.

Психологические нарушения заключаются в дисфункциональности у больных зависимостью. В первую очередь, эмоциональной сферы, т.е. неспособности справляться без помощи психоактивных веществ с негативными эмоциями, а также в развитии и усугублении в процессе алкоголизации и наркотизации негативных черт характера, неадекватных форм реагирования и поведения, в формировании специфических изменений мышления и в закреплении патологических проявлений механизмов психологической защиты личности.

Социальные проблемы проявляются в виде дезадаптации пациента и дезорганизации его функционирования в различных областях социальной жизни – семейной, трудовой, общественной, духовной и пр.

И.С. Павлов (1979) объединяет указанные психологические и социальные компоненты под общим названием «Алкогольная установка», которая имеет следующую структуру:

1. Познавательный компонент — состоит из сформированных комплексных ощущений, взглядов, позиций, чувственного опыта в отношении приема спиртного и состояния опьянения.
2. Эмоциональный компонент — личностное аддиктивно окрашенное отношение к потреблению спиртного, к состоянию опьянения и его результату — достижению таких эмоциональных переживаний и состояний, как чувство собственной правоты, уверенность в себе, подъем настроения и т.д.
3. Поведенческий компонент — поведение больных хроническим алкоголизмом в любых ситуациях связано с потреблением алкоголя (например, налаживание контакта: для этого надо ввести себя в состояние опьянения; радостное событие — надо его «закрепить» спиртным и т.д.).

Таким образом, можно выделить два основных способа воздействия на нарушения, возникающие на различных уровнях функционирования человека при развитии зависимости от психоактивных веществ:

1) медикаментозное лечение (фармакотерапия), ориентированное преимущественно на биологический уровень:

- медикаментозная терапия абстинентных состояний;
- устранение или коррекция с помощью лекарственных, в основном, психотропных препаратов психических и поведенческих нарушений (страхи, тревога, агрессия, проявления депрессии, дисфории, поведенческие эксцессы и пр.), купирование патологического влечения к ПАВ;

2) психотерапевтическое лечение, ориентированное преимущественно на психологический и социальный уровень.

1.2. Психотерапия в наркологической клинике

В современной наркологии психотерапия считается одним из основных методов лечения больных с химической зависимостью. Она позволяет успешно воздействовать на проявляемые наркологическими больными анозогнозию, нарушения мышления, патологические формы психологических защит, нарушения социального поведения.

Психотерапия в отечественных наркологических клиниках обычно ведется с отдельными пациентами и преимущественно ограничивается разъяснительными беседами о проблемах, возникающих у больных из-за потребления алкоголя. Несмотря на множество публикаций по психотерапии алкоголизма, С.С. Либих еще в 1969 г. обращал внимание на то, что усовершенствуется, развивается главным образом техническая сторона методик, в то время как содержание психотерапевтического воздействия, его клинико-психологическое соответствие состоянию больного и особенностям личности изучены недостаточно. П.Ф. Ветров (1968) не без основания писал о том, что «психотерапевтические приемы наркологов чаще всего в существе своем... поверхностны» и носят характер «душеспасительных бесед и уговоров», тогда как «в основу лечения должны быть положены именно психотерапевтические методики». Подобные проблемы в применении психотерапии в наркологической стационарной помощи наблюдаются и по настоящее время. Следует отметить также практическое отсутствие системной психологической и социальной реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией.

Арсенал психотерапевтических методов, применяемых в клинике зависимости, в последние годы расширяется, хотя и не так быстро, как хотелось бы. Несмотря на то, что психотерапевты используют самые разные подходы к лечению пациентов, все же можно выделить некоторые общие виды психотерапевтического воздействия:

1. Симптоматические методы (методы, использующие преимущественно манипулятивные стратегии) — к ним можно отнести суггестивную психотерапию (гипноз, внушение, увещевание, приказание и принуждение), а также эмоционально-стрессовую терапию.

Методы манипулятивного характера имеют следующие особенности:

- пациент рассматривается как объект воздействия;
- цель воздействия — изменение поведения;
- терапия обычно непродолжительна, результат достигается относительно быстро, но не всегда устойчив;
- взаимоотношения пациента и терапевта характеризуются патернализмом со стороны терапевта, принятием им на себя ответственности за положительный результат лечения.

2. Методы, использующие преимущественно развивающие личность стратегии.

Они адресованы главным образом к нормативно-компенсаторным процессам и характеризуются следующими положениями:

- пациент рассматривается как субъект воздействия;
- цель воздействия — рост возможностей личности;
- терапия достаточно продолжительна и трудоемка;
- результаты достигаются относительно медленно, но достаточно устойчивы;
- взаимоотношения терапевта и пациента характеризуются партнерством, сотрудничеством.

К этой группе относятся методы так называемой гуманистической ориентации – различные формы групповой и индивидуальной психотерапии.

3. Семейная психотерапия.

Объектом ее является семья больного зависимостью от ПАВ в целом. Налаживая взаимоотношения в семье с помощью психотерапевтического воздействия, можно минимизировать факторы, провоцирующие больного на потребление алкоголя/наркотика.

Рассмотрим более подробно методы психотерапевтического воздействия на больных наркологического профиля, перечисленные выше.

1. Симптоматические методы (методы, использующие преимущественно манипулятивные стратегии).

В отечественной практике традиционно для лечения алкоголизма широко применялись методы суггестивной и гипносуггестивной психотерапии. В 1912 г. В.М. Бехтерев создал антиалкогольный институт в Петербурге, где успешно разрабатывал методы комплексного воздействия на больных алкоголизмом — психотерапевтическую триаду (разъяснительная психотерапия, гипнотерапия и самовнушение). В гипнотическом состоянии больных В.М. Бехтерев вызывал у них каталепсию и на этом фоне осуществлял запрещающее внушение. И.В. Стрельчук (1970) внушал больным, находящимся в гипнотическом состоянии, отвращение к спиртному. В.Е. Рожнов (1975) вырабатывал у больных отвращение, тошнотно-рвотную реакцию к спиртному в сеансах эмоционально-стрессового воздействия.

Еще одна группа манипулятивных методов, традиционно используемых при алкоголизме, относится к классическим методам поведенческой терапии. Суть ее заклю-чается в использовании принципов условно-рефлекторного научения с целью выработать стойкий отрицательный рефлекс на органолептические или иные свойства алкоголя (И.И. Лукомский, 1960; Г.В. Зеневич, С.С. Либих, 1965; М.С. Лебединский, 1971; И.В. Стрельчук, 1973, и другие). При этом для закрепления отрицательного отношения к алкоголю используют самые различные стимулы: от химических до психологических и электрических. Используя идеи В.М. Бехтерева и И.П. Павлова, И.Ф. Случевский и А.А. Фрикен внедрили апоморфинотерапию (1933), а Н.В. Канторович, ученик В.М. Бехтерева, формировал у больных отрицательную реакцию на спиртное с помощью электрораздражения, и эти работы явились основополагающими в отечественной поведенческой психотерапии. В методике скрытой сенсибилизации использовался специально разработанный перечень «ужасов» для «спаривания» их с алкогольным поведением; в то же время приятные стимулы и состояние релаксации связывались с избеганием алкоголя. Поведенческая терапия в традиционных ее формах ограничена в эффективности, так как оставляет нетронутой ценностную сферу. Она нередко активизирует сопротивление больного терапии и не использует его личностную активность в процессе лечения. Тем не менее, поведенческие подходы в настоящее время применяются достаточно широко не только при лечении алкоголизма, но и наркомании. Их возможности далеко не исчерпаны; в частности, это методы различного рода режимных воздействий и систематической десенсибилизации.

В практике отечественной суггестивной терапии получили широкое распространение различного рода модификации опосредованной суггестии — «кодирования» и «программирования» в больших группах больных алкоголизмом, обычно основывающиеся на методике, предложенной А.Р. Довженко (1987).

Из современных методов суггестивной терапии все большей популярностью пользуется предложенный М. Эриксоном подход (1992), основанный на особой методике введения пациентов в транс с помощью «мягкого» гипноза с использованием так называемых терапевтических метафор и специальных приемов, обеспечивающих «присоединение» терапевта к больному и обратную связь.

На этих же принципах базируется методика нейролингвистического программирования (НЛП), обеспечивающая доступ к различным модальностям опыта пациента и оказывающая противоалкогольный/противонаркотический терапевтический эффект за счет внутриличностной конфронтации пациента с той частью его собственной личности, которая ответственна за алкогольное/наркотическое поведение.

Вышеперечисленные методики ограничены по воздействию на пациента во времени. Нередко в виде осложнения те или иные манипулятивные процедуры приводят к замене вытесненного у больного симптома на другой, порой еще более выраженный, чем тот, который был нейтрализован. Главный недостаток подобных методик — осуществление воздействия только на болезненные проявления без активного привлечения к лечебному процессу личности самого пациента.

2. Методы, использующие преимущественно развивающие личность стратегии.

Их можно разделить на две основные группы:

Методы индивидуальной психотерапии.

Эти методы позволяют учитывать в ходе психотерапии индивидуальные особенности личности пациента; однако не всегда дают возможность психотерапевту эффективно преодолевать сопротивление лечению и психологические защиты у пациента, не всегда помогают самому больному зависимостью учиться адекватно функционировать в окружающем его социуме.

Индивидуальная рациональная психотерапия — основной традиционный метод непосредственного воздействия врача на наркологического больного. И.В. Бокий, С.В. Цыцарев (1983) считают задачами индивидуальной психотерапии больных алкоголизмом: анализ глубинных механизмов возникновения болезни; воздействие на сознательные и неосознанные установки больных посредством детальной реконструкции их анамнеза; установление причинно-следственных связей между преморбидными особенностями личности, образом жизни и злоупотреблением алкоголем. На основании такого анализа врач находит пути развития у больного критики к его заболеванию, формирования установки на трезвость и подготовки пациента к трудностям перехода на трезвый образ жизни. Е.И. Зенченко (1981), Т.П. Небаракова (1984) и др. указывают, что индивидуальная психотерапия должна быть личностно ориентированной в отношении каждого больного. И ее основная цель — не только создание и укрепление трезвеннической установки, но и обучение больного способам дезактуализации патологического влечения к алкоголю/наркотику в случае его обострения во время ремиссии.

Возможности рациональных методов, использующих формально-логические конструкции, убеждение и разубеждение, ограничены. Это связано, в первую очередь, с трудностями преодоления той или иной формы психологической защиты, пассивностью больных в ходе занятий и их недостаточной мотивированностью для участия в такого рода лечении. Когнитивное рациональное воздействие эффективно тогда, когда дополняется другими психотерапевтическими техниками.

К индивидуальной психотерапии зависимости также можно отнести психоанализ и ряд других техник, использующих работу с отдельными пациентами (гештальт-терапия, трансактный анализ и пр.). Однако практически нет серьезных отечественных работ, доказывающих эффективность вышеназванных методик в психотерапии больных зависимостью от ПАВ.

Методы групповой психотерапии.

Такая терапия проводится обычно в малых группах пациентов — от 5 до 9 человек. Групповую терапию можно считать наиболее эффективной в плане обучения пациентов полноценному функционированию в тех или иных социальных сообществах.

Методы групповой психотерапии сегодня выходят на первый план в психотерапии зависимости. Причина их популярности заключается в том, что они позволяют пробиться через «оборонительные» построения в сознании больного, преодолеть сопротивление и неприятие расходящейся с его собственным мнением информации. В этом плане групповая психотерапия существенно снижает порог личностного сопротивления. Под давлением группового мнения у больных гораздо легче формируются новые позиции и ценностные ориентации.

Малая психотерапевтическая группа способна действовать как единый организм (со своей иерархией, идеологией, разделением ролей и т.д.) — адаптироваться к ситуации, сохранять сплоченность, вырабатывать единое мнение. При этом действуют четкие законы групповой динамики и группового взаимодействия. Психотерапия в малых группах больных зависимость от ПАВ позволяет успешно браться за решение таких сложных задач, как преодоление непонимания своего заболевания и отрицания его наличия (анозогнозии), формирование у больных адекватных представлений о себе и своем заболевании, осуществление психокоррекции, создание и укрепление установок на трезвость. Эффект такой терапии напрямую зависит от умения психотерапевта управлять процессом группового взаимодействия.

Виды групповой психотерапии.

Наиболее простой метод групповой психотерапии — проведение тематических бесед со всеми больными, находящимися в отделении или посещающими наркологический кабинет.

Более сложные ее формы, осуществляемые преимущественно в стационаре, заключаются в проведении групповых сеансов. При всех формах групповой психотерапии используют такие приемы, как дискуссия, обмен мнениями между больными, обсуждение различных вопросов. Как известно, наркологическим пациентам свойственно верить другим больным с зависимостью больше, чем врачу; это их свойство используется в приемах «психотерапевтического зеркала», самоотчетов и т.д.

Г.М. Энтин (1968, 1972, 1979) описывает следующую простую методику активирующей групповой психотерапии.

Нарколог формирует группу из 8-12 больных, с которыми психотерапевтические сеансы проводятся 2-3 раза в неделю в стационаре и 1-2 раза в неделю — в амбулаторных условиях. Во время очередного занятия один из больных, как правило, готовящийся к выписке или заканчивающий курс амбулаторного лечения и уже посетивший 8-10 занятий, подробно излагает историю своей жизни и, естественно, историю своего заболевания. В процессе рассказа врач, хорошо знающий больного, задает ему дополнительные вопросы, направляет изложение в нужное русло. После окончания рассказа вопросы «докладчику» задают в обязательном порядке все больные. Врач называет каждого из них и просит задать какой-либо вопрос. Этот прием активизирует слушателей. Таким образом, активное участие в психотерапевтической процедуре принимают все больные и на каждом сеансе.

И.С. Павлов (1979) предложил групповую психотерапевтическую тактику для достижения больными алкоголизмом осознания болезни и формирования у них установки на дальнейшую трезвость («трезвенническая установка»). Дискуссионная группа ведется психотерапевтом по следующим направлениям:

1. Алкоголизм — необратимое, как в физическом, так и психическом плане, нарушение нормальной жизнедеятельности организма человека.
2. У больных по отношению болезни нет произвольности: болезнь не зависит от того, хочет человек болеть или нет, т.е. не сообразуется с его желаниями, а также не зависит от того, сознает человек, что он болен или нет.
3. Болезнь не считается с тем, кого она поражает, и не зависит от его положения, должности, образования, национальности, возраста и т.д.
4. От болезни нельзя откупиться. Пациенты больные алкоголизмом могут только лечиться и жить, учитывая природу болезни, ее закономерности.

5. Болезнь нельзя обмануть, обойти, пренебрежительно к ней относиться, так как она не имеет сознания и действует слепо, подчиняясь своим закономерностям.
6. Проблемы болезни не решаются налаживанием хороших отношений с окружением или сменой его, а только лечением болезни.
7. Болезнь, к сожалению, не стоит на месте, а развивается, усугубляет положение человека и имеет печальный для больного исход. Поэтому важно своевременное лечение с целью приостановить болезнь или хотя бы замедлить ее развитие.

Хронический алкоголизм, как вообще болезнь, имеет те же общие для любых болезней особенности.

Такая тактика является попыткой переноса внешних конфликтов больных на внутренний уровень: им следует конфликтовать не с родными, близкими, окружением, администрацией, а с болезнью.

Большое место в групповой психотерапии больных зависимостью занимают методы, имеющие противорецидивную направленность и вооружающие пациентов навыками, расширяющими их адаптационные возможности. При этом особое значение имеет обучение пациентов навыкам борьбы с актуализацией патологического влечения к алкоголю/наркотику, умению благополучно справляться с ситуациями и состояниями, прежде приводившими к рецидиву.

К таким методам относится ситуационно-психологический тренинг (Н.Н. Иванец, Ю.В. Валентик, 1984, 1986, 1987, 1989), являющийся синтетической методикой групповой психотерапии, объединяющей групповые структурированные дискуссии, ролевое воспроизведение ситуаций и состояний, актуализирующих патологическое влечение к алкоголю, и технику психической саморегуляции (так называемая «методика психотерапевтической коррекции патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом»). Эта методика направлена на решение следующих задач:

- повышение степени осознания больным наличия у себя патологического влечения к алкоголю и выявление конкретных признаков его обострения;
- выявление типичных индивидуальных факторов обострения патологического влечения к алкоголю и обучение методам противодействия таким факторам;
- овладение методом самовнушения и его использование для подавления патологического влечения к алкоголю.

Существует еще ряд групповых тренинговых методик различной направленности для больных зависимостью. Так, в группах «тренинга сензитивности» решаются как общие задачи: готовность экспериментировать с ролью, достижение большей аутоидентичности, способность конструктивного взаимодействия, — так и конкретные задачи. Группы «тренинга поведения» тренируют отдельные умения, например, умение отказаться от потребления алкоголя/наркотика в той или иной ситуации. Группы «тренинга социальных навыков» направлены на развитие способности к эффективному отказу от алкоголя/наркотика и достижения уверенности в себе. В теоретическом отношении тренинговый подход призван заложить в больного зависимостью новую программу, развить уже существующие у него возможности или создать новые функциональные личностные образования. Для этого необходимо многократное повторение и закрепление необходимых форм поведения и реакций.

Однако следует констатировать тот факт, что в процессе психотерапевтического вмешательства с использованием вышеназванной группы методик в основном происходит лечебное воздействие на патологическое влечение к алкоголю/наркотику, хотя и с привлечением личности пациента, но без кардинального изменения ее патологических черт и ценностных установок. Это, безусловно, снижает эффективность терапевтического воздействия.

Необходимо также указать на социотерапевтические технологии. Социальное восстановление больных, прошедших стационарное лечение от алкоголизма, заключается, в частности, в привлечении их к созданию клубов трезвости, в которых ответственность за рецидив у одного из членов такого клуба ложится на врача и старосту группы (Г.М. Энтин, М.Е. Бурно, 1986).

Однако «привязанность» к наркологической службе, конкретному наркологу, наличие «ответственных» за преодоление «срывов» часто формирует у пациентов безынициативность в отношении необходимых действий для поддержания трезвости, вызывают у них некритичное, безответственное отношение к своему поведению и проявлениям заболевания.

Современные представления о зависимости показывают, что невозможно игнорировать патологические процессы на каком-либо уровне функционирования пациента, сосредотачиваясь, в силу специфики того или иного применяемого метода, на других уровнях. Такого рода несистемная психотерапевтическая интервенция вполне может быть квалифицирована как врачебная недоработка и даже ошибка, поскольку «нетронутые» патологические процессы на каком-либо уровне через какое-то время вновь приведут пациента к рецидиву заболевания.

В последнее время специалисты в области наркологии стали проявлять интерес к методам групповой психотерапии, в основе которых лежит принцип: терапевт не объясняет пациенту его проблему и способы ее решения, а создает в условиях малой группы для каждого больного возможности самому понять происходящее с ним и сделать выбор относительно своего будущего. Это положение, в частности, привело к разработке континуального подхода в психотерапии Ю.В. Валентиком (1995). По сути дела, этот метод использует и объединяет опыт уже существующих и успешно применяемых методов психотерапии.

Основная проблема лечения зависимости заключается в том, что для этой цели малопригодны практически почти все техники, основанные на вербальной рациональной психотерапевтической интервенции. Пациенту не по силам сознательно контролировать, определять, а тем более трансформировать непрерывно меняющееся содержание собственных патологических процессов. При этом в сферу переживаний пациента попадают неосознаваемые, скрытые установки и те субъективные закономерности, которые, не будучи выявленными и трансформированными, вновь обуславливают проявление патологических механизмов.

Принципиальным для континуального подхода является то, что психотерапия стремится преобразовать патологические процессы на всех (психобиологическом, психологическом и социально-психологическом) уровнях функционирования больного. Борьба с отдельным симптомом или симптомокомплексом именно потому малоэффективна, что это борьба с отдельными проявлениями общего процесса.

Принцип интегративности отражает существенные особенности континуального подхода. Манипулятивные и развивающие стратегии психотерапии, являясь по форме в значительной мере противоположными, по сути дополняют друг друга, имея лишь разные точки приложения, разные мишени воздействия. Их дополнительность не подразумевает, однако, их одновременного применения, а предусматривает последовательное использование в рамках определенной программы лечения больного. Интегративность континуальной психотерапии заключается также и в том, что она способна естественным образом ассимилировать психотерапевтические техники, предлагаемые другими психотерапевтическими направлениями, если эти техники трансформируют болезненные процессы.

В процессе континуальной психотерапии выделяются следующие основные фазы:

1) фаза инициального контакта, диагностики и присоединения;
2) фаза воздействия на патологические процессы;
3) фаза воздействия на нормативно-компенсаторные процессы;
4) фаза реинтеграции и реабилитации.

Начальная фаза психотерапевтического процесса — фаза инициального контакта, диагностики и присоединения — осуществляется путем непрерывного взаимодействия и диалога терапевта и пациента, на основе установления общности между ними. Для этого существует несколько последовательных способов:

а) присоединение к личностным процессам пациента;
б) присоединение пациента к процессам личности терапевта;

в) конструирование нового, не существовавшего ранее процесса и создание в его рамках общей системы отсчета.

Результатом данной фазы являются идентификация патологических и нормативных процессов, а также выбор начальных мишеней психотерапии, установление общих целей совместной работы и мотивирование пациента к участию в дальнейшей психотерапии.

Фаза воздействия на патологические процессы подчинена цели редукции патологических процессов, поддерживающих у пациента зависимость от ПАВ, и, прежде всего — устранению доминирования алкогольного/наркотического «Я» пациента.

Фаза воздействия на нормативно-компенсаторные процессы становится возможной в результате предыдущей, с ее помощью пациент вводится в «зону возможных позитивных терапевтических изменений».

В следующей фазе терапии — реинтеграции и реабилитации — осуществляется закрепление полученных изменений, овладевание конкретными необходимыми навыками, решение актуальных проблем в процессе реадаптации к реальной жизненной ситуации. Финальный результат этой фазы — независимое, самостоятельное и ответственное существование пациента.

В результате континуальной психотерапии у больного формируется сознание, не ограниченное противопоставлением «Я — некомфортный мир», а видящее и себя в окружающем мире, и мир в себе. Пациент примиряется с существующим реальным миром, понимая общность своих процессов и процессов в мире, перестает путаться в собственной противоречивости, сам для себя создавать патологию. Он существует в статусе естественного течения процессов, занимаясь устранением внешних препятствий, мешающих их течению.

Данная система психотерапевтической помощи ориентирована на достаточно быстрое отделение «Я-алкогольного/наркотического» от личности пациента; однако часто подобный процесс затягивается по времени, что определяет сложность привлечения «Я-нормативного» к процессу восстановительных изменений в самой личности больного, а также в его социальном поведении. Не всегда положительно сказывается на процессе дальнейшей реабилитации привычка пациента к системе работы определенного психотерапевта: возможно развитие определенной зависимости от личности врача. Кроме того, технически сложно осуществлять длительную поддержку пациента, находящегося в процессе восстановления, силами медицинских работников — это требует больших финансовых затрат на последующую психотерапевтическую и социальную помощь больному.

3. Семейная психотерапия.

Семейная психотерапия в системе лечения больных зависимостью от ПАВ играет существенную роль. Для создания «психологической платформы» против потребления у конкретного пациента рекомендуется активное воздействие на него со стороны всех членов семьи и родственников, не допускающих отказа больного от лечения. Детально семейную психотерапию разработали Б.М. Гузиков и соавт. (1980, 1986). Авторы рекомендуют проводить вначале индивидуальную психотерапию для больного и его жены, для супружеской пары, а на следующей стадии — ликвидацию конфликта, связанного с пьянством. Психотерапевтические задачи заключаются в установлении адекватного отношения супружеской пары к заболеванию одного из супругов, в укреплении установки больного на трезвость, в ослаблении невротизации созависимого родственника, в восстановлении взаимопонимания и эмоциональной близости между супругами. С этой целью авторы рекомендуют создавать психотерапевтические группы родных алкоголиков и проводить с ними занятия по тематике:

1) алкоголизм как болезнь;
2) влияние алкоголизма одного из членов семьи на семейные взаимоотношения;
3) роль и характер участия семьи в лечении больного алкоголизмом;
4) «алкогольные» конфликты и возможность их разрешения;
5) необходимость участия родных больного алкоголизмом в семейной психотерапии.

Различные варианты семейной психотерапии ориентированы на разрушение патологических стереотипов, на улучшение социальных навыков и, в первую очередь, на преодоление явлений созависимости (В.Д. Москаленко, 1992). Ведущим типом семейной психотерапии алкоголизма является групповая терапия супружеских пар. В большинство психотерапевтических программ входят также те или иные методы, направленные на улучшение психической саморегуляции: аутотренинг, аутосуггестия, трансцедентальная медитация, самоуправление, стрессоуправление, самоинструктирование.

После выписки из стационара больные и их родственники могут объединяться в группы супружеских пар. При соответствующем подборе больных Т.Г. Рыбакова (1983) отмечает высокую эффективность семейной психотерапии — по данным катамнеза, ремиссии более года имели 75,3% больных, рецидивы были кратковременными и быстро купировались. По этому принципу работают ныне распространенные так называемые «Семейные клубы», пришедшие в нашу страну из Италии и Югославии (В.Н. Удолин, 1975).

1.3. Основные формы организации психотерапевтической помощи больным с зависимостью от психоактивных веществ в стационарных условиях

Терапия средой — общий подход к психотерапии и реабилитации в наркологическом стационаре. Для организации полноценного психотерапевтического процесса в стационарных условиях необходимо учитывать особое построение взаимоотношений между персоналом, занятым в стационарной помощи больным зависимостью, и пациентами отделения. Взаимодействие между человеком и обществом может быть не только созидательным, но и разрушительным. R. Barton (1959) ввел термин «институциональный невроз», относящийся к последствиям содержания человека в изоляции от общества. Когда речь идет о нахождении больного в психиатрической или наркологической больнице, этот невроз может возобладать или вообще вытеснить заболевание, по поводу которого пациент был помещен на лечение.

Активные меры реабилитации больных и политика «открытых дверей», распространившиеся в 50-е годы, возрождают традиции «морального лечения», присутствовавшие в наиболее прогрессивных психиатрических клиниках еще в начале прошлого века. Режим таких клиник отличается «доброжелательностью, демократичностью и духом единения» (R.N. Rapoport, 1960). Это помогает персоналу и пациентам правильнее строить отношения друг с другом. Близость с персоналом достигается и путем минимизации внешних различий, т.е. отказа от специальной формы одежды и обращения к представителям персонала по должности. Правила для пациентов сведены к минимуму, необходимому для общей безопасности и общего благополучия. Суть социальной терапии средой состоит в открытости общения персонала и пациентов и их совместном изучении возникающих (или уже возникших) проблем. Очень важную роль играют собрания — от групповых до общих, включающих и персонал, и пациентов. Спорной остается проблема соотношения социальной терапии и психотерапии, используемых в процессе этих общих собраний. M. Edelson (1970) подчеркивает положительную роль общих собраний, утверждая, что их функция состоит не в проведении групповой психотерапии, а в облегчении повседневного функционирования данного сообщества. Другие авторы, например R.R. Springmann (1970), доказывают, что общие собрания обладают явным потенциалом для индивидуального инсайта и изменений, хотя это и не означает, что они заменяют терапию в составе малой группы.

Создавая социальную систему для терапии, необходимо определить, каким должен являться соответствующий уровень защиты личности пациента. Организация и методы, используемые в больницах, должны определяться как потребность персонала в защищенности (L. Menzies, 1961). Однако совершенно недопустимо, чтобы социальные и институциональные защиты, как бы они ни были оправданны и естественны, наносили ущерб терапевтическим задачам лечебного учреждения.

Прежде всего, должны быть четко определены границы социальной системы, где используется терапия средой. После этого появляется возможность развить ее собственную ясную и понятную структуру и четкие правила применения. Четкость границ системы терапевтического сообщества позволяет изучать и понимать события, происходящие в этой системе, отличая их от привнесенных извне. То, насколько удается соблюдать установленные границы, определяет происходящее внутри системы. В каждом наркологическом стационаре необходимо использовать общение и совместную деятельность пациентов и персонала в той мере, в какой это возможно. Сталкиваясь с ситуацией, когда их вовлекают в решение проблем совместного проживания, пациенты перестают ощущать свою изолированность и неадекватность. Играя активную роль, они получают возможность заново выработать навык справляться с возникающими проблемами. Это лучше, чем «накачивание» больных лекарствами, облегчающими их состояние, — вместо того, чтобы предоставить им возможность выговориться и поделиться своим проблемами (A.H. Stanton, M.S. Schwartz, 1954).

Персонал должен проводить собрания для решения практических вопросов и выработки направления работы на перспективу. Чем более открытым является данное терапевтическое сообщество, тем легче на таких собраниях выясняются все проблемы и разрешаются конфликты. Если персонал в своей среде не способен разрешить конфликты, то требовать этого от пациентов — чистейшее лицемерие, не говоря уже об очевидном пагубном воздействии на больных раздоров среди медицинского персонала (A.H. Stanton, M.S. Schwartz, 1954; T.F. Main, 1957).

Каждый специалист обязательно должен ощущать себя членом «команды». В частности, специалисты должны стремиться избегать соперничества между представителями разных дисциплин. То же самое относится и к отношениям внутри коллектива больных. Все проблемы должны разрешаться открыто, честно обсуждаться всеми (D.H. Clark, 1964), что, однако, не означает отсутствия власти и ответственности. Один из парадоксов терапевтического сообщества состоит в том, что цели демократизации и разделения ответственности лучше всего достигаются при «диктатуре доброй воли», осуществляемой харизматическим лидером. Таким образом, цель социальной терапии состоит в избавлении от конфликтов и «блоков» в общении в условиях данного учреждения, создающего терапевтическую среду, в которой решаются практические проблемы и развиваются навыки межличностного общения (M. Pines, 1975).

Одним из недостатков социальной терапии является затруднительность положения тех пациентов, которым, в связи с личностными особенностями, не подходит реализация себя в рамках подобной системы. У них практически нет выбора — им остается только покинуть заведение.

Групповая терапия: общие принципы применения для лечения больных зависимостью.

Групповая терапия является одним из наиболее эффективных средств решения алкогольных/наркотических проблем на первых этапах трезвости. Группа может помочь пациенту сформировать «новое» сознание, разрушить механизм самообмана, создать новую самоидентификацию и полноценную мотивацию на трезвость. Групповая психотерапия воздействует, прежде всего, на изменение личностных установок пациента, а также осознание им своего внутреннего состояния. Основные характеристики группового процесса заключаются в возможности получения больным обратной связи на занятиях в лечебных группах, а также необходимой ему поддержки от людей, имеющих такие же проблемы, как и он сам. В группе любой ее участник имеет возможность увидеть и воспринять ценности и потребности других людей. На сеансах групповой терапии их участник чувствует принятие, доверие и помощь в отношении себя, учится принимать окружающих такими, какие они есть. На групповых занятиях пациент в состоянии найти ответы на многие вопросы относительно тех проблем, которые возникают у него в общении с окружающими, имеет возможность приобрести новые навыки, опробовать новые стили поведения среди равных партнеров. Слушая рассказы других участников группы, пациенты могут узнавать в других себя и свои проблемы и использовать это для определения и оценки своих чувств и поведения. Группа может значительно облегчить процесс самоисследования, предоставив человеку необходимое участие и принятие в ходе раскрытия им своей личности.

Показания к групповой терапии, ее специфика и ее преимущества у больных с зависимостью.

Ряд зарубежных авторов выделяют определенные показания для групповой психотерапии. Групповая психотерапия (A. Frances et al., 1980) подразделяется на гетерогенную и гомогенную. Первая занимается самыми разнообразными проблемами, а последняя — только одной. Психотерапевтические группы для лечения больных зависимостью от ПАВ, как правило, гомогенны (группы самопомощи и консультационные группы и пр.) и могут быть рекомендованы, когда:

а) у пациентов есть общие схожие проблемы;
б) симптомы болезненного состояния являются проблемами в представлении самих пациентов;
в) пациенты испытывают стыд и изоляцию из-за своих проблем;
г) у пациентов отсутствует необходимая для восстановления сеть общения.

Перечисленные выше критерии многие психотерапевты предлагают считать как показаниями к соответствующей групповой терапии, так и противопоказаниями в отношении применения индивидуальной терапии.

Большинство специалистов по групповой терапии склоняются к признанию наибольшей эффективности психотерапевтического процесса в группах, объединяющих лиц, схожих по наличию одинаковой проблемы. Объединение людей с одной общей проблемой — химической зависимостью — помогает в организации сплоченности и взаимопонимания в психокоррекционной (психотерапевтической) группе вокруг преодоления болезни.

Задачи групповой психотерапии зависимости.

Одной из основных задач психотерапии больных зависимостью является формирование у пациентов установки на трезвость. Прежде всего необходимо добиться у пациента понимания того, что трезвость – это всего лишь необходимое, хотя и самое главное условие, делающее возможным «реконструкцию личности» больного для дальнейшей жизни без ПАВ, и что трезвость не может быть единственной целью в процессе личностного восстановления у зависимого человека.

Выделяются и некоторые другие задачи, которые должен преследовать терапевт в своей работе в малых группах:

- обучение коммуникативным навыкам;
- работа по преодолению отрицания, сопротивления и других механизмов психологической защиты;
- работа над становлением мотивации к лечению и трезвости;
- помощь пациенту в формировании адекватных взглядов на свою личность, свои психологические и социальные реакции.

Принципы работы психокоррекционных групп, лечебные факторы и анализ группового процесса.

Ряд общих принципов, характерных для психокоррекционных групп, был описан Лэкин (M. Lakin, 1972).

1. Облегчение выражения эмоций.
2. Появление ощущения принадлежности к группе.
3. Возможность, а иногда и обязательность самораскрытия.
4. Опробование новых видов поведения, как в группе так и вне ее.
5. Разрешенное групповое осуществление межличностных сравнений или выражение своего мнения по любым вопросам и проблемам, решаемым на занятиях в группе.
6. Разделение с назначенным лидером ответственности за руководство группой.

Ялом (I.D. Yalom, 1975) выделил десять лечебных факторов, характеризующих процесс групповой терапии:

1. Сплоченность.
2. Внушение надежды.
3. Обобщение.
4. Альтруизм.

5. Предоставление информации.
6. Множественный перенос.
7. Межличностное обучение.
8. Развитие межличностных умений.
9. Имитирующее поведение.
10. Катарсис (интеллектуальное и эмоциональное осознание и принятие выявленной проблемы).

Келеман (S. Keleman, 1975) отметил, что в плане социального развития решающими для результата групповой терапии являются три процесса: податливость, идентификация и присвоение.

Важно эффективное использование психотерапевтом групповой динамики как инструмента терапевтического воздействия на проявления зависимости от ПАВ. В структуру групповой динамики входят:

- Цели и задачи группы.
- Нормы группы.
- Структура группы, групповые роли и проблемы лидерства.
- Групповая сплоченность.
- Групповое напряжение.
- Актуализация прежнего эмоционального опыта.
- Формирование подгрупп и их влияние на функционирование группы.
- Фазы развития психотерапевтической группы.
- Групповая дискуссия.

Для выявления и прогнозирования лечебного действия групповой динамики психотерапевт должен уметь использовать и анализировать эти ее составляющие.

Закономерности, обнаруженные при работе с малыми группами, широко используются в иных психотерапевтических подходах; а с другой стороны, непосредственно в малых группах применяются самые разнообразные психотерапевтические техники. Так, в рамках гуманистически ориентированной психотерапии широкое распространение получили «группы встреч», в частности, функционирующие на основе клиент-центрированной терапии (К. Роджерс, 1993). Улучшение коммуникаций, коррекция образа «Я» и повышение самооценки реализуются за счет безусловно позитивного отношения терапевта к пациенту, искреннего его принятия и их эмпатического взаимодействия.

Значительный интерес вызывает гештальт-терапия, базирующаяся на работах Ф. Перлза (1958), в рамках которой в психотерапию вошел фундаментальный принцип «здесь и сейчас». С помощью алкоголя/наркотика пациент стремится уйти от осознания самого себя и своего самовыражения, а гештальт-терапия возвращает его к самому себе, преодолевая психологические защиты, создающие препятствия для личностного развития и достижения зрелости. В результате гештальт-терапии у пациентов формируется более здоровое и приемлемое существование в трезвости, так как они обучаются более полноценно жить в реальности (настоящем).

При лечении больных зависимостью используются и «экзистенциальный анализ» (V.E. Frankl, 1961; R. May, 1972; A.M. Cohen, R.D. Smith, 1976). При этом происходит апелляция к высшим ценностным личностным регуляторам и их активизация в процессе обсуждения таких проблем, как смерть, свобода, изоляция и другие.

Также получила распространение когнитивная психотерапия зависимости от ПАВ (A.T. Beck, 1963). Однако она редко применяется в изолированном виде, обычно сочетаясь с другими, чаще поведенческими подходами. Аналогичным образом обстоит дело и с «терапией решения проблем», являющейся эклектичной методикой, помогающей пациенту прояснить имеющиеся у него проблемы. Более специальный характер имеет методика «системной интервенции», разработанная В. Джонсоном (1978), она направлена на формирование у больного с зависимостью установок на получение помощи и лечение и заключается в подготовке и осуществлении воздействия на самого пациента со стороны его ближайшего окружения по определенному набору правил. Определенное

место среди методов психотерапии зависимости занимает психодрама (J.L. Moreno, 1932, 1947, 1974). При этом психодрама в чистом виде используется редко вследствие трудоемкости. Тем не менее, ее применение оказалось успешным в структуре комплексных психотерапевтических программ по лечению различных видов зависимости от психоактивных веществ.

Достаточно хорошо структурирует работу в психокоррекционных группах выполнение пациентами письменных заданий, которые содержат в себе вопросы, способствующие формированию у больных с зависимостью критики к собственному заболеванию (T. Gorski, 1989, 1991).

Любая эффективная методика психотерапии зависимости от ПАВ является таковой потому, что теми или иными средствами вмешивается в ход многовариантных патологических процессов у больных. Сочетание разнообразных психотерапевтических техник и методик для воздействия на различные патологические процессы, возникающие на разных уровнях личности человека в процессе развития у него зависимости от ПАВ, применяется в разнообразных по форме организации лечебных программах, реализуемых в различных стационарных центрах. Для работы с больными зависимостью в структуре комплексных психотерапевтических программ применяются, как правило, все выше перечисленные групповые психокоррекционные техники (методики).

1.4. Формы организации лечебных программ, осуществляющих синтез различных психотерапевтических и реабилитационных методик

Основные модели организации комплексных, «синтетических» лечебных программ в стационарных условиях, таковы:

Стационарная так называемая «финская» модель лечения алкоголизма (L. Keso, M. Salaspuro, 1994) – включает в себя сочетание методик, основанных на традиционных психиатрических и социальных методах работы с больными зависимостью.

Терапевтические общины длительного пребывания религиозной и одновременно социореабилитационной направленности.

Терапевтические общины, создаваемые различными конфессиями, обеспечивают пациентам возможность длительного пребывания в щадящей социальной структуре с целью опробывания новых форм социального поведения и принятия новых ценностных ориентиров для духовного развития личности (M.H. Dodd, 1997).

Терапевтические сообщества длительного пребывания с использованием программы «12 Шагов».

Терапевтические сообщества обеспечивают условия для лечения и реабилитации пациентов с зависимостью от психоактивных веществ в естественных условиях, предлагают им курс специальной психотерапии на основе программы «12 Шагов» сообщества «Анонимные Алкоголики»/«Анонимные Наркоманы» без применения медикаментозных средств в обстановке, обеспечивающей вовлечение больного в социальное обучение (Ю.В. Валентик, О.В. Зыков, М.Г. Цетлин, 1997).

Миннесотская модель лечения зависимости от психоактивных веществ – стационарная социальная модель личностного восстановления, основанная на методологии сообщества АА/АН «12 Шагов» в сочетании с информационным, психотерапевтическим и психокоррекционным воздействием в условиях малых групп (C.C.H. Cook, 1975; M.H. Dodd, 1997; D. McElrath, 1997).

Сочетание различных социальных и психотерапевтических моделей лечения с программой «12 Шагов» сообщества Анонимных Алкоголиков/Анонимных Наркоманов (M. Edelson, 1974; C.D. Emrick, 1975; M. Bean, 1984; S. Brown, 1985; G.M. Cross et all., 1994; J.B. Kingree, 1997; Ю.В. Валентик, О.В. Зыков, М.Г. Цетлин, 1997):

- стационарное лечение, сочетающее «12 Шагов» и какой-либо другой способ психотерапии (обычный срок лечения – 28 дней);

- терапевтические общины с длительным сроком пребывания (от 30 дней);
- общины с интенсивным лечением по программе, идентичной с Миннесотской и с длительным сроком пребывания в программе (90 дней и более);
- интенсивное лечение в амбулаторных условиях (по типу дневного стационара) – 28 дней;
- амбулаторное лечение с менее интенсивной программой (2-3 раза в неделю) – 28 дней;
- семейные программы: как амбулаторные, так и стационарные;
- программы помощи на рабочих местах служащим, страдающим алкоголизмом;
- профилактические программы для водителей, задержанных за управление автомобилем в нетрезвом виде;
- программы помощи детям из семей алкоголиков;
- дома восстановления (общежития) – так называемые «дома на полпути»;
- организационные структуры по оказанию социальной и реабилитационной помощи больным с зависимостью – СинАнон, наиболее распространенная в Европе, и многие другие структуры.

Среди программ лечения больных с зависимостью от ПАВ можно выделить программы с использованием в них методологии «12 Шагов» сообщества АА/АН. Как показывают исследования способов формирования лечебных программ в США и Европе, сочетание различных психотерапевтических методик и программы «12 Шагов» позволяет диверсифицировать терапевтические программы и, тем самым, увеличить спектр возможного выбора формы лечения пациентами в соответствии с их личностными особенностями. Такое разнообразие обеспечивает охват лечебной помощью большего числа лиц, страдающих алкоголизмом и другими видами зависимости, тем самым, увеличивая возможность достижения положительного результата от проведенного лечебного воздействия у различных групп пациентов.

1.5. 12-Шаговые программы лечения и реабилитации больных алкоголизмом

1.5.1. Программа «12 Шагов» сообщества «Анонимные Алкоголики»

Сообщество «Анонимные Алкоголики» (АА) было основано в мае 1935 г., когда в городе Акрон (штат Огайо, США) встретились его основатели – маклер Нью-Йоркской биржи Билл (Уильям) Виллсон и известный врач-хирург Боб (Роберт) Смит. Эта встреча положила начало созданию метода само- и взаимопомощи при алкоголизме, разработанного сообществом АА. В дальнейшем АА стало развиваться, постоянно увеличивалось количество групп, были разработаны теоретические основы процесса преодоления зависимости от ПАВ, сформулированы в программе «12 Шагов», и принципы существования сообщества в виде «12 Традиций». В 1939 г., подводя итог своей деятельности, У. Виллсон издал книгу «Анонимные Алкоголики», в которой он изложил философию АА и методологию работы. По наименованию этой книги движение и получило свое нынешнее название.

Программа Анонимных Алкоголиков сформулирована в виде методологии, по которой происходит личностное и социальное восстановление больных алкоголизмом – «12 Шагов» и принципов существования самого сообщества – «12 Традиций».

12 ШАГОВ

1. Мы признали свое бессилие перед алкоголем, признали, что мы потеряли контроль над собой (вариант: перестали управлять своей жизнью).
2. Пришли к убеждению, что только Сила, более могущественная, чем мы, может вернуть нам здравомыслие.
3. Приняли решение препоручить нашу волю и нашу жизнь Богу, как мы Его понимали.
4. Глубоко и бесстрашно оценили себя и свою жизнь с нравственной точки зрения.

5. Признали перед Богом, собой и каким-либо другим человеком истинную природу своих заблуждений.
6. Полностью подготовили себя к тому, чтобы Бог избавил нас от наших недостатков.
7. Смиренно просили Его исправить наши изъяны.
8. Составили список всех тех людей, кому мы причинили зло, и преисполнились желанием загладить нашу вину перед ними.
9. Лично возмещали причиненный этим людям ущерб, где только возможно, кроме тех случаев, когда это могло повредить им или кому-либо другому.
10. Продолжали самоанализ и когда допускали ошибки, сразу признавали это.
11. Стремились путем молитвы и размышления углубить соприкосновение с Богом, как мы понимали Его, молясь лишь о знании Его воли, которую нам надлежит исполнить, и о даровании силы для этого.
12. Достигнув духовного пробуждения, к которому привели эти шаги, мы стремились донести смысл наших идей до других алкоголиков и применять эти принципы во всех наших делах.

12 ТРАДИЦИЙ АА

1. Наше общее благо должно быть превыше всего – личное выздоровление зависит от единства АА.
2. Для осуществления целей нашей группы нет авторитета выше, чем любящий Бог – такой, как Он может выражать себя в сознании нашей группы. Наши лидеры – это люди, которым мы доверяем, и наши добрые друзья, они нами не управляют.
3. Единственное условие для членства в АА – это желание бросить пить.
4. Каждая группа должна быть самостоятельной, кроме тех случаев, когда дело касается других групп или АА в целом.
5. Каждая группа АА имеет только одну главную цель – делиться своим опытом с теми алкоголиками, которые все еще страдают этим недугом.
6. Ни одна группа АА никогда не должна позволять никаким посторонним организациям или учреждениям, даже тем, которые работают в смежных областях, выступать от имени АА, а также не должна финансировать или поддерживать их в обществе. Деньги, собственность или желание завоевать престиж не должны отвлекать нас от нашей главной цели.
7. Каждая группа АА должна сама себя содержать, не принимая никаких посторонних пожертвований.
8. Сообщество Анонимных Алкоголиков должно всегда оставаться непрофессиональной группой, но наши центры и службы могут использовать сотрудников, имеющих специальную подготовку.
9. АА как таковое не имеет руководящих органов, но мы можем создавать комитеты и советы службы, непосредственно отчитывающиеся перед теми, кому они служат.
10. АА не занимает никакой позиции по вопросам, не относящимся к деятельности общества, поэтому АА никогда не должно упоминаться в общественных спорах, дискуссиях.
11. Наши отношения с обществом основываются на разъяснении, а не на агитации. Нам необходима личная анонимность в контактах со средствами массовой информации.
12. Анонимность является духовной основой всех наших традиций; это постоянно напоминает нам о необходимости ставить принципы выше интересов любой отдельной личности.

Точка зрения программы Анонимных Алкоголиков на алкоголизм, как на болезнь, определяется следующими положениями:

- алкоголизм – хроническая прогрессирующая болезнь с предсказуемыми признаками и предсказуемым результатом;
- больные алкоголизмом навсегда потеряли способность контролировать свое потребление алкоголя;

- алкоголизм воздействует на тело больного, его мышление, психологические особенности и истинное восстановление от этого заболевания требует восстановления каждой из этих областей;
- единственная возможность жить полноценной жизнью для больного с зависимостью от алкоголя – в течение всей жизни не употреблять спиртное;
- даже единственная рюмка спиртного может вызывать у человека, страдающего алкоголизмом, тягу к алкоголю и вновь привести к возобновлению цикла компульсивного потребления спиртного.

Главным в идеологии этого сообщества является признание алкоголизма как болезни, приводящей к стабильным нарушениям в биологической, психологической, социальной и духовной сферах жизни человека. Условием личностного восстановления по программе АА, в первую очередь, считается признание факта потери контроля над потреблением алкоголя и невозможности его возврата. Лишь признав у себя отсутствие контроля, больной может рассчитывать на выздоровление: «Мы – алкоголики, мужчины и женщины, которые потеряли способность управлять нашим питием. Мы знаем, что никакой реальный алкоголик никогда не сможет контролировать потребление спиртного».

В связи с этим наилучшие шансы оставаться трезвыми, согласно программе АА, имеют те люди, страдающие алкоголизмом, которые:

- признают потерю возможности контролировать свое потребление алкоголя;
- будут регулярно посещать собрания АА.

У сообщества Анонимных Алкоголиков есть несколько основных инструментов для помощи в личностном и социальном восстановлении больным алкоголизмом:

- в первую очередь, это посещение собраний АА в течение всего периода восстановления;
- во-вторых, изучение и проработка «12 Шагов», «12 Традиций» и так называемых Лозунгов (Девизов) сообщества;
- в-третьих, работа со «спонсором» или наставником – человеком, более продолжительно и успешно работающим в программе восстановления «12 Шагов»;
- и, наконец, это ряд социальных мероприятий, осуществляемых сообществом для поддержания членов АА в наиболее сложные для них периоды преодоления зависимости от алкоголя.

Программа «12 Шагов» предполагает непрерывное и длительное участие больного в реабилитационном процессе. Это требование является совершенно необходимым условием выздоровления, если исходить из того положения, что такого состояния, как «окончательное излечение от алкоголизма», не существует.

Цель программы «12 Шагов» – эмоциональная и социальная зрелость, достигаемая путем проработки Шагов при помощи других членов сообщества.

Работа по программе «12 Шагов» позволяет больным алкоголизмом не только познавать себя, но и изменять себя – как в поведенческом, так и в эмоциональном и мыслительном аспекте. Ежедневно работая над преодолением болезни в группах АА, больные меняют не только стиль своего поведения, но и всю систему своих взглядов и убеждений.

Эффективность программы Анонимных Алкоголиков

Группы АА сегодня широко распространены во всем мире – в странах Америки, Европы, Африки, в Австралии. Эффективность программы Анонимных Алкоголиков была исследована Американской Ассоциацией психиатров (№ 188, 189, 190) и выглядит так (для регулярно посещающих собрания АА):

30-40% – не имеют срывов в процессе восстановления с момента прихода в программу АА;

30-40% – имеют в процессе восстановления 2-4 срыва, после чего приходят к абсолютной трезвости (как правило, срывы бывают в первые 3 года с начала восстановления по программе);

20-30% – продолжают периодически срываться на фоне посещения собраний АА.

Сами Анонимные Алкоголики считают, что из всех когда-либо посетивших собрания сообщества лишь 5% остаются в программе восстановления «12 Шагов» и обретают в ней стабильную трезвость. Однако все же полноценных исследований эффективности восстановления больных с зависимостью от психоактивных веществ по программе «12 Шагов» длительное время не проводилось из-за достаточной закрытости в контактах с различными организациями самого сообщества Анонимных Алкоголиков. Подобная закрытость в общении с иными структурами закреплена в «Традициях» этого сообщества.

Данные, предоставляемые сообществом АА, как правило, касаются тех больных, которые не проходили лечение в специальных лечебных программах, позволяющих своим пациентам после выписки из них более адекватно воспринимать саму программу Анонимных Алкоголиков и более полноценно использовать ресурсы, предоставляемые сообществом для поддержания трезвого образа жизни и восстановления.

Работы американских исследователей (F.S. Gilbert, 1988; B.N. McLatchie, K.G. Lomp, 1988) о роли послелечебной групповой поддержки больных с зависимостью от ПАВ показали большую ее важность для становления трезвого образа жизни у пациентов, чем предшествующего вхождению в группу лечения. F.S. Gilbert (1991), наблюдая в течение одного года больных, после лечения посещающих собрания АА, установил корреляцию показателя сохранения трезвости участниками группы не с частотой посещения собраний, а с соблюдением ими рекомендаций АА по использованию ресурсов сообщества для поддержания трезвости и применения философии АА в повседневной жизни. Напротив, G.M. Cross et al. (1990) установили, что посещение групп АА было единственным существенным показателем длительности трезвого образа жизни для лиц, посещавших АА в течение 10 лет и более. Кроме того, эти авторы показали, что наставничество над другим членом АА высоко коррелирует с воздержанием от потребления алкоголя: 91% обследуемых, осуществлявших наставничество, сообщили о стабильной и устойчивой ремиссии. Эти результаты говорят о том, что вера в излечение и принятие философии программы «12 Шагов» могут иметь большое значение для процесса преодоления алкоголизма и что эта программа гарантирует достаточно хорошие результаты.

1.5.2. Лечебные стационарные программы, основанные на методологии сообщества АА/АН «12 шагов»

Миннесотская модель.

Первый опыт использования методологии АА в лечебных заведениях для пациентов с алкоголизмом был получен в конце 40-х годов XX столетия в США. Идея использования программы АА для лечения больных алкоголизмом в стационарных условиях возникла у сотрудников одной из государственных психиатрических больниц (клиника Willmar) в сельском районе западной части штата Миннесота, ныне более известной под названием Hazelden. Инициаторами этой идеи считаются члены АА: Остин Риплей – известный газетный журналист и Линн Каноил – адвокат, ставший в последующем первым директором Hazelden. Первоначально методика работы с пациентами в Hazelden, названная позже «Миннесотской моделью», состояла из нескольких положений:

1. в больнице действует принцип уважительного отношения, понимания и принятия достоинства каждого пациента;
2. лечение основывается на программе Анонимных Алкоголиков и происходит в рамках процесса восстановления по этой программе;
3. отождествление пациентом себя с другими алкоголиками является важным компонентом в преодолении зависимости;
4. важнейший принцип программы (на тот период) – посещение ежедневных лекций по разбору «12 Шагов» и беседы пациентов друг с другом о принципах и тематике групп АА.

В дальнейшем, по мере развития знаний об алкоголизме и методах его лечения, к этой программе стали добавляться и другие принципы организации лечебной программы:

5. общеобразовательные лекции по тем или иным проявлениям заболевания во всех затронутых алкоголизмом сферах жизни человека;
6. посещение групп АА и встречи с представителями сообщества Анонимных Алкоголиков;
7. разработка совместно с каждым пациентом особых индивидуальных планов его дальнейшего восстановления и преодоления возможных рецидивов болезни;
8. психокоррекционное воздействие в малых группах.

Последние четыре положения программы приписываются врачам-психиатрам Дэну Андерсону и Нельсону Брэдли, который стал следующим директором Hazelden. Брэдли и Андерсон с помощью законодательных органов штата Миннесота в 1954 г. создали для членов групп АА оплачиваемые должности специалистов по работе с больными в наркологических учреждениях. Эти специалисты назывались «консультантами по алкоголизму». Вероятно, это был первый в мире опыт по привлечению к профессиональной работе в сфере лечения алкоголизма людей, имеющих собственный навык личностного восстановления по программе АА и не являющихся медицинскими работниками.

Следующим наследием Hazelden, полученным от Брэдли и Андерсона, стало осознание определенных положений, позволяющих использовать совместный потенциал опыта персонала государственных наркологических стационаров и членов АА – консультантов по алкоголизму. Это отразилось в следующих принципах организации лечебной работы:

- использование творческого потенциала мультидисциплинарной команды специалистов для лечения больных алкоголизмом;
- создание более систематического подхода к лечению болезни;
- вынесение на первое место в лечебном процессе программы восстановления «12 Шагов» АА;
- определение алкоголизма как первичной хронической болезни, но значительно отличающейся от других психиатрических заболеваний.

С момента основания программы в 1949 г. по 1997 г. в Хазелдене прошли лечение от зависимости от ПАВ свыше 100000 мужчин и женщин.

В дальнейшем усилиями Брэдли и Андерсона удалось привлечь для финансирования программ, подобных Миннесотской, средства медицинского страхования. Лечение зависимости по модели «Миннесота» было рассчитано на один месяц. Именно этот срок пребывания в лечебном центре и оплачивали страховые компании.

Впоследствии модель «Миннесота» стала развиваться и модернизироваться и, на настоящий момент, она ассоциируется с целым континуумом разнообразных услуг, в который входят интенсивные и менее интенсивные программы амбулаторного лечения больных, семейные программы и промежуточные профилактические программы. Наличие такого континуума подчеркивает ценность специальных информационно-образовательных методик для профилактики развития заболевания у людей, входящих в группу риска по развитию алкоголизма (или наркомании).

Стационарная помощь больным зависимостью с использованием программы «12 Шагов» достаточно широко распространена в США. В Западной и Восточной Европе подобные программы, в том числе и стационарные, также существуют повсеместно. Особый интерес представляет терапевтическая программа Центра лечения зависимостей Института психиатрии и неврологии в Варшаве (Польша), которую с 1989 г. развивает известный нарколог Богдан Воронович. Центр располагает 15 койками, а также 12 местами для лиц, проходящих лечение в дневном режиме, и предлагает больным с зависимостью от алкоголя и/или наркотиков:

- 6-недельную основную программу;
- программу послебольничной помощи (дополнительное лечение сроком до 12 месяцев).

Идеология и главные цели терапии в Варшавском Центре могут быть представлены следующим образом. Терапевтический коллектив рассматривает зависимость от спиртных напитков как хроническую, возникшую не по вине больного, прогрессирующую и нередко смертельную болезнь,

которая вызвана рядом физических, психических, духовных и социальных факторов. В связи с тем, что современная наука еще не знает способов, гарантирующих безопасное возвращение к контролируемому потреблению алкоголя, пациентам предлагается помощь, ведущая к изменению поведения, позволяющим им как можно дольше воздерживаться от приема спиртного.

Основные цели терапии сводятся к тому, чтобы больной поверил, что он в состоянии воздерживаться от приема спиртного и других ПАВ и что у него достаточно сил, чтобы изменить свой прежний образ жизни и осуществить благоприятные для него самого перемены.

Таким образом, у каждого из пациентов Центра есть возможность:

- сопоставить собственный опыт с проявлениями синдрома зависимости от алкоголя у других пациентов;
- понять, какую роль играет алкоголь (и другие ПАВ) в его жизни;
- лучше узнать самого себя и свою болезнь, а также поверить в то, что можно жить без алкоголя и прочих психоактивных веществ;
- признать свое бессилие по отношению к алкоголю (и другим психоактивным веществам) и примириться с ним;
- научиться достойно жить со своей болезнью;
- попытаться внести изменения в свою жизнь;
- перестать бояться своего недуга и смело говорить о себе правду;
- совершать и исправлять свои ошибки, а также отвечать за последствия своих решений;
- научиться говорить: «Не знаю, не понимаю, не умею»;
- научиться пользоваться иными, чем потребление ПАВ, способами разрядки эмоциональной напряженности;
- отдавать себе отчет в препятствиях, стоящих на пути к трезвости, и познать предпосылки, дающие надежду на выздоровление;
- начать трудиться над построением новой, трезвой жизни;
- радоваться происходящим в себе переменам;
- понять, сколь важную роль в процессе выздоровления играют группы взаимопомощи, а также профессиональная помощь.

Одновременно требуется, чтобы лица, участвующие в программе:

- воздерживались от употребления алкогольных напитков и прочих ПАВ;
- добросовестно и своевременно выполняли индивидуальные программы выздоровления;
- уважали личность другого человека;
- старались привлечь к участию в лечении своих близких;
- сохраняли в тайне сведения, полученные о других лицах, проходящих лечение в Центре.

В Центр принимаются женщины и мужчины по направлению амбулаторных и стационарных медицинских учреждений по лечению алкоголизма (а иногда и психиатрических лечебных учреждений). Этим лицам, страдающим химической зависимостью от алкоголя, предлагается следующая помощь:

1) круглосуточная, позволяющая:

а. применять психосоциальное, а в обоснованных случаях – также биологическое и терапевтическое воздействие в условиях стационара;

б. пройти принудительное лечение в стационарном учреждении, предписанное судебным решением, в таких же условиях и на таких же началах, что и остальные пациенты Центра;

2) дневная, позволяющая принимать больным участие в интенсивном психотерапевтическом воздействии в рамках основной программы, начатой в условиях круглосуточной опеки;

3) амбулаторная, которая в период, предшествующий приему в Центр, имеет целью подготовку пациентов к работе в психотерапевтической группе, а после выписки – психологическую помощь в решении возникающих проблем (в рамках программы послебольничной помощи).

Отбор пациентов в Центр. Каждому приему больного в Центр предшествует консультация, целью которой является исключение таких противопоказаний, как: умственная отсталость, острый

абстинентный синдром или соматическое состояние, требующее в данный момент интенсивного лечения в стационаре. Лицам, находящимся в алкогольном опьянении или в состоянии острого абстинентного синдрома, рекомендуется проведение дезинтоксикации до поступления в Центр.

Предварительная группа (подготовительная). Лица, отобранные для лечения, направляются на встречи так называемой предварительной группы, которые проводятся раз в неделю. Основной целью этих встреч является охват будущих пациентов Центра поддержкой еще до их принятия на лечение, т.е. на период ожидания места в Центре.

Каждому больному рекомендуется в период ожидания места в Центре принять участие в определенном количестве собраний групп Анонимных Алкоголиков.

Порядок приема. Сроки приема устанавливаются во время встреч в предварительной группе (по мере освобождения мест). С момента приема каждый участник обязан посещать все терапевтические занятия, проводимые ежедневно (включая воскресенье). Двери Центра всегда открыты, однако на протяжении первых 3-х недель не разрешаются прогулки и отпуска.

Терапевтический социум. В Центре действуют принципы терапевтической, среды. В ходе ежедневных утренних встреч пациентов и персонала обсуждаются и, в текущем порядке решаются, возникающие проблемы. Один раз в неделю избираются староста и дежурный, круг обязанностей которых предусмотрен распорядком работы Центра, а также лица, ответственные за ход занятий по физкультуре и заботящиеся о зеленых насаждениях вокруг Центра. Каждый пациент обязан во время пребывания в Центре выполнять роль старосты или дежурного.

Занятия с психологами. Проводимые психологами групповые занятия направлены преимущественно на интеграцию группы, повышение у ее участников чувства ответственности и взаимного одобрения, приобщение к функционированию по принципу «здесь и сейчас», а также на обучение пациентов видеть и называть переживаемые ими эмоциональные состояния и справляться с ними без помощи алкоголя. Одновременно психологи помогают выполнять задания, полученные в рамках индивидуальной программы лечения.

Связи с сообществом АА. Особую роль в идеологии Центра и в развиваемом им подходе к терапии играют связи с сообществом Анонимных Алкоголиков. Они состоят, с одной стороны, в принятии на работу в качестве консультантов лиц, которые одновременно являются многолетними членами Сообщества, а с другой стороны, в использовании в терапевтической работе элементов Программы «12 Шагов» АА.

В ходе работы с больными над Первым Шагом осуществляется анализ собственного опыта, связанного с попытками освободиться от назойливых мыслей об алкоголе и выпивке, а также с многократными неудачными попытками контроля за потреблением спиртного. Анализируются также такие вопросы, как влияние алкоголя на семейную жизнь и товарищеские связи, на учебу и работу, духовную и религиозную жизнь, на состояние физического здоровья, сексуальную жизнь, идеалы и сознание собственной ценности, а также на способы переживания гнева и злости, страха, тревоги, стыда и т.п. Работа над Вторым и Третьим Шагами – это попытка осознать, что путь к трезвости в одиночестве чрезвычайно труден и что в этом деле можно опереться на «Высшую Силу», которую каждый должен определить для себя самостоятельно. Одновременно пациенты знакомятся с очередными Шагами АА (4-12).

Как во время пребывания в стационаре, так и в учреждении дневного режима, обязательно участие во встречах групп Анонимных Алкоголиков. Они проводятся раз в неделю на территории Центра (группа «Возрождение»), два раза в неделю – в условиях городских групп, а еще один раз в неделю участники терапии организуют свою собственную встречу АА.

Просвещение. Просветительско-информационный блок включает лекции, прослушивание магнитофонных записей, а также просмотр видеофильмов. Его целью является передача знаний по разнообразным проблемам, связанным как с алкоголем, так и со зрелой, трезвой жизнью.

Другие формы работы с пациентами стационарной программы Центра. Занятия, посвященные духовным аспектам жизни, ведутся священнослужителями (пасторами). Целью этих встреч

является не обучение Закону Божьему, но совместные размышления о духовных сторонах жизни человека и о роли духовных факторов в процессе трезвения.

Занятия, посвященные предотвращению рецидивов болезни, раскрывают их механизмы, учат, как узнавать и различать сигналы рецидива и как в связи с этим поступать, а в индивидуальных случаях помогают также проанализировать уже случившийся рецидив, вскрыть его причины.

Тренинг ассертивного поведения учит справляться с социальными ситуациями, угрожающими рецидивом болезни («срывом»).

Программа для семей. Один раз в неделю проводятся групповые терапевтические встречи, предназначенные для близких родственников пациентов Центра. В некоторых случаях им предлагается провести супружескую терапию. Рекомендуется членам семьи участие в группах Ал-Анон и Алатин.

Фармакотерапия. В процессе лечения в Центре избегают применения фармакотерапии и, в частности, введения каких бы то ни было успокаивающих, снотворных и болеутоляющих средств, так как они могут привести к другой наркоманической зависимости.

Программа послебольничной поддержки предназначена для лиц, которые окончили 6-недельную основную программу. Она состоит из 3-х этапов:

Этап I. В течение 12 недель предлагается одновременное участие в группе психологической помощи и группе предотвращения рецидивов.

Этап II. После окончания первого этапа можно принимать участие в течение 18 недель в группе тренинга ассертивного поведения.

Этап III. После окончания двух первых этапов можно участвовать:

- в группе углубления знаний по Программе «12 Шагов»;
- в группе постоянной поддержки для «выпускников» Центра;
- в определенных, индивидуальных для каждого участника, занятиях I-го или II-го этапов.

Все «выпускники» основной программы и их близкие могут принимать участие в двухнедельных терапевтических курсах, организованных Центром лечения зависимости в Учебно-реабилитационном центре Института. Слушатели этих курсов имеют возможность упрочить свои знания на тему 1-3 Шагов и продолжать процесс оздоровления, работая над очередными Шагами АА (4-7).

Наконец, следует остановиться на опыте внедрения программ, использующих принципы Миннесотской модели лечения зависимости от психоактивных веществ и программы «12 Шагов» в России.

Завершая эту часть обзора подходов к стационарному лечению больных зависимостью, обобщим ключевые организационные и методические принципы формирования лечебно-реабилитационных программ на основе идеологии сообщества Анонимных Алкоголиков/Анонимных Наркоманов.

Организация лечебного процесса

Задачи.

В связи с тем, что пациент находится на лечении ограниченное время (обычно 20 – 40 дней), а процесс реабилитации часто длится всю жизнь, в лечебной программе желательно акцентировать усилия на понимании и принятии пациентами первых Шагов программы АА/АН, помогающих больному зависимостью оставаться трезвым длительное время. Этого бывает вполне достаточно для осознания необходимости в дальнейшем поддерживать трезвость с помощью программы «12 Шагов». Сформировать у больного установку на полное воздержание от алкоголя/наркотика – сложная и основная задача лечения. Не менее важно не дать этой установке угаснуть.

Основные задачи, которые должна ставить перед собой психотерапевтическая работа в рамках Миннесотской модели лечения зависимости от ПАВ, можно сформулировать следующим образом:

1. привлечение пациентов к сознательной и регулярной работе по программе «12 Шагов», в том числе в рамках сообщества АА/АН, для достижения стойкой ремиссии;

2. стимулирование пациентов к посещению нескольких различных собраний АА/АН в течение курса лечения, чтению «Большой Книги» («Анонимные Алкоголики», «Анонимные Наркоманы»), а также других изданий АА/АН в течение курса лечения;
3. разъяснение основных понятий и принципов работы сообщества;
4. каждое занятие посвящается определенной теме, выбранной пациентами или персоналом. Но в пределах любой темы материал может быть рассмотрен с учетом специфичной ситуации каждого пациента так, чтобы представление пациентов о зависимости и о проблемах восстановления стало цельным, системным и соответствовало представлениям о болезни и реабилитации от нее, содержащимся в программе «12 Шагов».

Цели.

Основной целью психотерапевта или лечебной программы, использующей принципы Миннесотской модели лечения больных с зависимостью, является необходимость помочь пациенту достигнуть следующих результатов:

- понять точку зрения АА/АН на алкоголизм/наркоманию как хроническое прогрессирующее, а иногда и смертельное заболевание, которое не может быть излечено, но которое может быть «остановлено», пока человек, им страдающий, следует рекомендациям, основанным на опыте других больных;
- понять принципы работы АА/АН: как найти группы, какие бывают группы, как работать со «спонсором» и т.д.;
- достигнуть понимания ключевых моментов концепции АА/АН, значение и смысл основных «Лозунгов» сообщества;
- научиться использовать АА/АН в качестве ресурса поддержания личной трезвости;
- понять, что преодоление зависимости заключается не только в отказе от потребления спиртного/наркотика, но и в восстановлении всех нарушенных длительным злоупотреблением алкоголя/наркотика сфер жизни человека, страдающего зависимостью.

Формирование психотерапевтического и реабилитационного процесса в программах, использующих методологию АА/АН.

Учитывая вышеназванные задачи и цели лечения по Миннесотской модели, можно определить наиболее важные аспекты реабилитационного процесса и необходимые направления психотерапевтической работы, при наличии которых личностное восстановление пациентов будет проходить наиболее успешно:

1. Познавательный аспект: пациенты должны получить информацию о нарушениях функционирования организма, психики и системы социальных отношений, происходящих при злоупотреблении алкоголем/наркотиками и при развитии зависимости.
2. Эмоциональный аспект: пациентов следует информировать о точке зрения АА/АН на эмоции, в том числе и на определенные эмоциональные состояния (например, гнев, одиночество), которые могут привести к потреблению, а также о некоторых практических способах, используемых в АА/АН, для преодоления последствий болезненных эмоциональных состояний.
3. Поведенческий аспект: пациентам следует обратиться к сообществу АА/АН и использовать его ресурсы и практический опыт, чтобы изменить свое проалкогольное/пронаркотическое поведение и поддерживать трезвость.
4. Социальный аспект: пациенты должны переоценить свои отношения с «пособниками» их потребления, а также со своими товарищами, злоупотребляющими алкоголем/наркотиками.
5. Духовный аспект: пациенты должны разобрать особенности и дефекты своего характера, усилившиеся в результате их заболевания, в том числе и те их безнравственные или неэтичные поступки, которые наносят вред другим людям.

Эффективность стационарных лечебных программ с использованием методологии «12 Шагов» сообщества Анонимных Алкоголиков.

Психологические и поведенческие методы психокоррекционного вмешательства, включая стационарные и амбулаторные программы лечения и реабилитации больных с зависимостью от ПАВ,

их отдельные компоненты как способы помощи пациентам, терапия с участием семьи и одноразовые консультации – это наиболее часто используемые способы лечения больных алкоголизмом/наркоманией, эффективность которых, по крайней мере, до недавнего времени, было труднее всего оценить.

Хотя Миннесотская модель была основной в спектре программ лечения зависимости от ПАВ в Соединенных Штатах практически с момента ее создания, первое научное клиническое изучение этой модели был предпринято сравнительно недавно (D.C. Walsh et al., 1991, 1997; C.C.H. Cook, 1975; G.S. Alford, R.A. Koehler, J. Leonard, 1991; L. Keso, M. Salaspuro, 1994; M.H. Dodd, 1997; D. McElrath, 1997). L. Keso, M. Salaspuro (1994) сравнивали динамику состояния больных алкоголизмом, направленных в Миннесотскую программу лечения и в традиционную стационарную программу, называемую в США «Финской» и основанную на «классических» методах работы. Традиционная модель включала индивидуальную, групповую и семейную психокоррекционную работу, но не содержала в себе ни одного из компонентов АА-терапии. Было показано, что пациенты, лечившиеся по Миннесотской модели, реже выписывались из стационара из-за нарушений режима, чем пациенты, занятые в традиционной программе. Кроме того, 14% пациентов, прошедших лечение по Миннесотской модели (по сравнению с 1,9% больных после применения традиционной методики), воздерживались от потребления алкоголя в течение года; 26,3% пациентов, лечившихся по Миннесотской модели (по сравнению с 9,8% пролеченных по традиционной методике), воздерживались от алкоголизации в течение заключительной трети (от 8 до 12 месяцев) последующего после лечения года. Указанные авторы допускают, что эти результаты могут быть недостаточно достоверными из-за методологических ограничений исследования.

Работы D.C. Walsh et al. (1991, 1997) позволили оценить эффективность разных подходов к лечению алкоголизма, реализовавшихся через программу помощи служащим одной из крупных корпораций; для контроля была взята группа не лечившихся злоупотребляющих алкоголем рабочих. Участникам исследования был предложен для выбора один из трех вариантов лечения:

- госпитализация в стационар с Миннесотской моделью лечения, в котором осуществлялось принуждение к посещению групп АА;
- обязательное амбулаторное посещение групп АА;
- иные методы лечения, не использующие принципы работы АА.

Около 46% участников исследования избрали посещение групп АА; 41% выбрал стационарное лечение по Миннесотской модели и более 13% – иные методики лечения.

Средняя планируемая длительность пребывания в больнице для группы пациентов, избравших стационарное лечение, составляла 28 дней. От этих пациентов требовалось также посещать группы АА, по крайней мере, 3 раза в неделю в период лечения и затем – в течение одного года после выписки их из стационара. Рабочие, избравшие посещение групп АА без стационарного лечения, тоже должны были посещать три групповые встречи каждую неделю, по крайней мере, в течение одного года. За всеми тремя группами, с целью контроля за соблюдением ими условий лечения, работниками программы помощи служащим проводилось соответствующее наблюдение в течение всего периода лечения. За соблюдение этих условий каждый пациент нес персональную ответственность.

Исследователи обнаружили, что, хотя во всех трех группах в течение 2-х летнего периода наблюдения улучшились показатели по критериям качества выполняемой работы (например, выявилось отсутствие или снижение числа случаев плохого самочувствия в связи с абстинентным синдромом) и снизились показатели числа пропусков работы из-за пьянства, наиболее значительного улучшения по всем этим параметрам добилась группа исследуемых, прошедших стационарное лечение по Миннесотской модели. Две другие группы пациентов значительно отставали практически по всем показателям. Кроме того, меньшему количеству пациентов, прошедших лечение по стационарной Миннесотской модели, требовалась повторная противоалкогольная терапия (23%). Тем, кто только посещал группы АА, такая терапия понадобилась в 63% случаев, а в группе пациентов, проходивших другое лечение, – более чем в 70% случаев. На основании данных этого исследования авторы сделали вывод, что, несмотря на первоначально кажущуюся финансовую

выгоду направления больных в группы Анонимных Алкоголиков, по сравнению со стационарным лечением по Миннесотской программе, пациенты, прошедшие стационарное лечение, в гораздо большем количестве случаев смогли поддерживать долгосрочное воздержание от алкоголя.

G.S. Alford et al. (1991) исследовали результаты лечения подростков, злоупотреблявших алкоголем и другими ПАВ, в стационарной программе, основанной на Миннесотской модели. В течение 2-х лет ими наблюдались подростки, закончившие и не закончившие такое лечение. Установлено, что, независимо от способа завершения терапии, посещение групп АА и АН было значимо связано у исследованных подростков с длительным воздержанием от алкоголя и наркотиков.

1.6. Проблемы внедрения программы «12 шагов» в структуру стационарной наркологической помощи в условиях России

Анализ литературных данных и опыта работы наркологических учреждений в нашей стране убедительно показал, что для полноценного внедрения программы «12 Шагов» в структуру стационарной наркологической помощи необходимо прояснить ряд проблем организационного и методического характера. В организационном плане не определены штатные нормативы стационарных отделений, занятых психотерапевтической и реабилитационной помощью больным алкоголизмом по новой модели, не ясны требования к образовательному уровню и практическим умениям, функциональным обязанностям задействованных в ней работников социальной сферы, психологов, психотерапевтов и находящихся в ремиссии («выздоравливающих») больных в качестве консультантов. Нет рационального обоснования выбора и реализации той или иной системы организации лечебного процесса и взаимодействия отдельных его компонентов. Не описаны принципы сочетания и взаимодействия различных видов и методик психотерапии в условиях стационарных лечебных программ и синтеза их с программой «12 Шагов» Анонимных Алкоголиков в единой психотерапевтической системе. В плане методики не вполне ясны пути адаптации программы «12 Шагов» к условиям работы наркологических стационаров. Не решены вопросы организации системы социального взаимодействия внутри отделения с подобной лечебной программой. Не до конца определены рамки познавательной части программы (лекционный материал), формы подачи его пациентам. Не разработан регламент ведения групповой психотерапии в стационарных отделениях с использованием программы «12 Шагов». Требуют прицельного изучения формы взаимодействия стационарных структур с амбулаторными группами АА.

Решение указанных выше вопросов позволит обеспечить достижение максимального эффекта от прохождения лечения больными зависимостью в условиях стационара при реализации психотерапевтической и реабилитационной модели с использованием принципов программы «12 Шагов» сообщества Анонимных Алкоголиков/Анонимных Наркоманов, предложить программу комплексной психотерапевтической работы для наркологических стационаров Российской Федерации.

Глава 2. Материал и методы исследования программ психотерапии и реабилитации для больных зависимостью

Работа по оценке эффективности лечебной программы проводилась в 1996-2000 г.г. в специализированном психотерапевтическом отделении 19-й наркологической больницы Департамента здравоохранения г. Москвы. Всего в исследование вошло 1056 пациентов мужского пола в возрасте от 15 до 65 лет, в том числе 1043 с диагнозом хронический алкоголизм (I, II и III стадии) и периодом злоупотребления алкоголем не менее 3 лет, которые находились в отделении в 1996-1998 г.г. (у лечившихся

в 1999 г. можно было проследить лишь недлительные (до 6 мес.) сроки катамнеза и, соответственно, ремиссии), по годам соответственно: в 1996 г. – 338, в 1997 г. – 373, в 1998 г. – 345 чел.

Преобладали больные со II стадией алкоголизма из средних возрастных групп и объясняется это тем, что в стационар обращаются, как правило, лица, имеющие в связи с болезнью серьезные проблемы на физическом, психологическом и социальном уровнях функционирования. Ориентация их на психотерапевтические программы вызвана практической невозможностью достижения стойкой ремиссии наиболее распространенными методами лечения, обычно сочетающими детоксикацию и эмоционально-стрессовые или медикаментозные (подавляющие влечение, сенсибилизирующие к алкоголю) методики.

Методика катамнестической оценки результатов лечения пациентов, находившихся в отделении. Наблюдение за больными после окончания курса лечения и получение достоверных оценок катамнеза, прежде всего – длительности ремиссии у пациентов, находившихся в подобных отделениях, достаточно сложная задача. Результаты наблюдения за пациентами, которое предлагает диспансерная служба, как правило, недостоверны. Нами предложен с целью контроля и анализа характера и длительности ремиссий у пациентов ряд методических приемов, обеспечивающих более достоверные результаты их оценки. К ним относятся:

- отслеживание пациентов через группы АА/АН;
- опрос пациентов по предварительной договоренности с ними;
- постоянная связь для получения информации с лицами, направлявшими пациентов в отделение (сотрудники консультационных центров, врачи-наркологи на предприятиях, бывшие успешные пациенты и т.д.);
- наблюдение за пациентами на встречах «выпускников» программы;
- получение отзывов от родственников лечившихся в отделении больных;
- данные, полученные в связи с повторными поступлениями больных;
- информация из других (косвенных) источников.

Все формы отслеживания состояния пациентов в катамнезе осуществлялись консультантами (социальными работниками) отделения. Достоверность такого наблюдения достаточно высока, хотя можно предполагать и определенные погрешности в данных, обычно связанные с отражением личностного фактора в сообщениях о сроках ремиссии, получаемых от бывших участников лечебной программы.

Ремиссия отслеживалась, в основном, у пациентов, полностью прошедших курс лечения, так как именно с этой категорией больных был налажен полноценный долгосрочный терапевтический контакт. Таких пациентов было 707 чел. (67% от общего их числа), в том числе:

6. 1996 год – 219 чел. (64,7%) из всех поступивших 338 чел.;
7. 1997 год – 249 человек (66,7%) из поступивших 373 чел.;
8. 1998 год – 239 человек (69,2%) из поступивших 345 чел.

Пациенты, выписанные за нарушения режима, а также переведенные в другие клиники или выписанные по соматическим показаниям, к процедуре отслеживания качества ремиссии в основном не привлекались в связи с тем, что они не полностью прошли курс лечения, а после выписки плохо шли на контакт с сотрудниками отделения.

Глава 3. Адаптация программы «12 Шагов» для действующего наркологического стационара

Вопросы адаптации программы «12 Шагов» для применения в наркологическом стационаре в отечественных условиях являются весьма актуальными. Не всегда позитивное и адекватное восприятие программы АА/АН специалистами, работающими в наркологии, а также несоответствующая подготовка консультантов (социальных работников) из числа бывших больных часто ставят

под сомнение целесообразность применения 12-Шаговых программ в отечественной наркологии. В то же время наблюдается активное распространение среди больных алкоголизмом и наркоманией в амбулаторных условиях системы «12 Шагов» АА/АН, что, в частности, проявляется в быстром росте количества групп данных сообществ во всех регионах России.

Анализ обширной мировой литературы по деятельности «Анонимных Алкоголиков» и внедрению Миннесотской модели, знакомство, начиная с 1991 года, с работой групп АА/АН в Москве и других регионах России определили нашу положительную оценку занятий больных зависимостью по программе «12 Шагов». Основными аргументами, на основании которых для адаптации в условиях наркологического стационара была выбрана лечебно-реабилитационная программа, основанная на методологии сообщества АА/АН «12 Шагов», являлись:

1. Широкое распространение при оказании наркологической помощи в большинстве стран мира подобных программ.
2. Доказанная научными исследованиями высокая их эффективность.
3. Возможность объединения процесса преодоления зависимости от ПАВ в единый стационарно-амбулаторный лечебно-реабилитационный цикл.
4. Простота, ясность и четкость понятий программы АА/АН, а также правомерное их сочетание с основными современными научными медицинскими, психологическими и социологическими представлениями о клинических проявлениях и последствиях (на личностном и социальном уровне) развития зависимости от психоактивных веществ как хронического неизлечимого заболевания.
5. Использование в реабилитационной программе сообщества АА/АН именно тех групповых и индивидуальных психотерапевтических феноменов, которые культурально и ментально подходят жителям России, основой общественного функционирования которых исторически была, в первую очередь, общинность.

В частности, понятие программы «12 Шагов»:

- «сила, более могущественная, чем мы» – достаточно адекватно воспринимается российскими пациентами как сила единения группы людей, связанных общей целью – освобождением от зависимости;
- правила функционирования групп АА/АН, направленность их на взаимопомощь также не противоречат укорененным в российском обществе социально-психологическим установкам;
- работа этих групп определяется так называемыми «12 Традициями» – нормами их автономного существования по отношению к обществу и государству, схожими с принципами деятельности отечественных сельских или рабочих общин.

6. Направленность программы АА/АН на активное поэтапное устранение основных проявлений заболевания.
7. Возможность объединения в рамках цельной лечебно-реабилитационной программы занятий по методологии «12 Шагов» АА/АН и классических групповых и индивидуальных психотерапевтических методик, в результате чего происходит взаимное потенцирование их терапевтических эффектов, преодолеваются механизмы психологической защиты, обеспечивается максимальная индивидуализация психотерапии пациента.

Внедрение программы Анонимных Алкоголиков/Анонимных Наркоманов «12 Шагов» в рамках стационарной помощи больным зависимостью началось осуществляться нами в одном из отделений наркологической больницы № 19 г. Москвы с 1992 года. После стажировки сотрудников отделения в США (1993-1995 г.г.) более ясной стала концепция внедрения программы АА в наркологическую стационарную помощь. В 1995 году в больнице было организовано новое психотерапевтическое отделение с программой лечения, соответствующей по своей структуре Миннесотской модели. По мере адаптации этой программы уточнялись те особенности отдельных ее компонентов, которые в российских условиях также имели свою специфику. С приходом в программу в 1997 году специалистов – медицинских психологов полностью завершилось формирование системы организационных подходов, в том числе и методики освоения пациентами

программы «12 Шагов». Кроме того, стало возможным эффективное применение всего психотерапевтического комплекса помощи, объединенного философией сообщества АА/АН в рамках стационарной программы. Процесс включения программы «12 Шагов» в структуру стационарной помощи больным зависимостью требует от всех специалистов, участвующих в работе лечебного подразделения, знания основ этой программы, а также навыков использования ее отдельных теоретических и методологических разработок в своей практической работе.

3.1. Особенности включения в лечебную программу занятий по методике «12 Шагов» АА/АН

В процессе оказания больным зависимостью от ПАВ лечебной помощи с использованием программы «12 Шагов» необходимо сочетать рассмотрение медицинских, психологических и социальных аспектов заболевания и преодоления его с точки зрения современной научной наркологии и с точки зрения сообщества Анонимных Алкоголиков/Анонимных Наркоманов, акцентируя внимание пациентов на схожие моменты. Для достижения наиболее ощутимого эффекта от психотерапевтической работы необходимо согласовывать между собой темы лекций, фильмов и занятий с консультантами по разбору методологии «12 Шагов» таким образом, чтобы они совпадали по смыслу между собой в структуре отдельных информационных циклов лечебной программы, реализуемой в отделении.

В процессе групповой терапии ведущий группу психолог (психотерапевт) также должен уметь рассматривать ряд возникающих у пациентов проблем с точки зрения методологии АА/АН и ее основных постулатов. Например, наблюдающиеся у пациентов формы реагирования на ту или иную ситуацию, связанную с обсуждением в группе проблем, имеющихся у больных из-за злоупотребления ими алкоголем/наркотиком, желательно рассматривать с точки зрения «Первого Шага» программы АА/АН. Для этого можно использовать два основных понятия этого Шага:

1. ***«бессилие»*** больного с зависимостью перед патологическим действием алкоголя/наркотика на его организм и психику;
2. ***«неуправляемость»***, возникающую в жизни больного человека из-за неадекватной реакции его на алкоголь/наркотик и периодически обостряющейся у него болезненной озабоченности относительно поиска причин и возможных способов потребления ПАВ.

Система ознакомления пациентов с программой (методологией) сообщества АА/АН сформирована в виде информационных средств:

Лекционный материал (познавательная терапия). Лекции, объясняющие основные положения программы АА/АН, входят как в расписание дневных информационных занятий (смотри Познавательный аспект программы), так и в вечерние занятия, которые проводят консультанты (социальные работники) отделения. Темы лекций, которые читают консультанты, соответствуют основным положениям методологии сообщества АА/АН:

2. Путь 12 Шагов.
3. АА/АН и лечебная программа.
4. Бессилие (1-й Шаг).
5. Неуправляемость (1-й Шаг).
6. Здравомыслие (2-й Шаг).
7. Лозунги (Девизы) АА/АН.
8. Программа «одного дня».
9. Живи и давай жить другим.
10. Взгляд сообщества АА/АН на возникновение срыва.
11. 15 пунктов трезвой жизни.
12. Молитва о душевном покое.
13. Благодарность и другие способы изменения негативного мышления.

14. Взгляд сообщества АА/АН на зависимость.
15. Методология восстановления от зависимости сообщества АА/АН.
16. Принципы помощи программы «12 Шагов».
17. Истории выздоравливающих людей.

Аудиоматериалы. Используются аудиопереводы лекций руководителя лечебного центра «Эшли» (США) отца Мартина, рассказывающие об особенностях прохождения пациентами отдельных (первых 5-ти) Шагов программы АА/АН на первых этапах восстановления и о методологии использования Девизов сообщества:

1. 1-й Шаг.
2. 2 и 3-й Шаги.
3. 4 и 5-й Шаги.
4. Девиз: «Живи одним днем».
5. Другие Девизы программы.

Видеофильмы. Содержание будет описано в разделе, посвященном информационно-познавательному блоку.

Библиотерапия. Больным предлагаются для прочтения основные книги сообщества Анонимных Алкоголиков/Анонимных Наркоманов, в которых описывается методология восстановления по программе «12 Шагов»:

1. «Анонимные Алкоголики».
2. «Анонимные Наркоманы».
3. «Жить трезвым».
4. «12 Шагов, 12 Традиций».
5. Брошюры сообщества, рассказывающие о программе, и т.д.
6. Посещение собраний сообщества АА/АН.

3.2. Основные знания о методологии и деятельности сообщества АА/АН, необходимые пациентам для участия в стационарной лечебной программе отделения и успешной послестационарной адаптации

История создания Сообщества АА

В настоящее время программа «АА» – одна из немногих в мире, которая показала возможность трезвой жизни для больных алкоголизмом. Сообщество Анонимных Алкоголиков (АА) было основано в США. В мае 1935 года в городе Акрон (штат Огайо) 40-летний маклер Нью-Йоркской биржи Билл (Уильям) Виллсон искал встречи с каким-нибудь алкоголиком. Это был первый зафиксированный случай, когда алкоголик искал алкоголика для того, чтобы НЕ ПИТЬ. Вторым участником этой встречи стал известный врач-хирург Боб (Роберт) Смит, который последние 5 лет беспробудно пил. Именно эта встреча считается датой рождения сообщества, позже названного Анонимными Алкоголиками. При встрече Билл не уговаривал Боба стать на путь духовного перерождения, а рассказал ему то, что сам узнал об алкоголизме: что при физической зависимости доминируют навязчивое желание выпить и навязчивые мысли о выпивке, что это прогрессирующая болезнь и если больной не перестанет пить, то он погибнет. Эта беседа положила начало созданию метода терапевтической помощи при алкоголизме, разработанного сообществом АА.

Общие сведения о программе сообщества АА

Сообщество АА рассматривает алкоголизм как болезнь, при которой возникают нарушения на биологическом, психологическом, социальном и духовном уровне жизнедеятельности человека. Изменения на биологическом уровне считаются необратимыми и неизлечимыми, но все остальные аспекты проявлений заболевания могут направленно корригироваться. «12 Шагов» провоз-

глашаются программой личностного выздоровления и поддержания трезвого образа жизни, а «12 Традиций» – суммой норм функционирования самого сообщества в окружающем мире.

Анонимные Алкоголики считают, что им никогда уже не научиться пить «как все», т. е. контролировать количество выпиваемого алкоголя. Они по собственному опыту знают, как обманывают себя больные, считая, что они сохраняют этот контроль, или мечтая его вернуть. Члены АА знают, что подобный контроль невозможен и практически любой прием алкоголя приводит к обострению заболевания. Условием «восстановления» больного по программе АА в первую очередь считается признание им факта окончательной потери контроля над потреблением алкоголя.

Один из важнейших «постулатов» АА базируется на том, что при развитии химической зависимости у человека уже нет необходимости владеть собой, управлять своими эмоциями. Человек останавливается в своем эмоциональном развитии – процесс формирования механизмов эмоциональной устойчивости задерживается. Поэтому любое неожиданное эмоциональное напряжение, связанное с горем, злостью, страхом или радостью, становится трудно переносимым без алкоголя. Сами члены АА заявляют, что эмоциональная незрелость – это суть их болезни. Эмоциональная незрелость со временем возрастает, и алкоголик теряет возможность выражать и понимать свои чувства. Он не знает, что с ними делать, не умеет их осознавать и передавать другим, не способен их даже назвать. Он загоняет свои чувства вглубь, особенно негативные: злость, обиду, страх. Когда таких эмоций накапливается слишком много – он пьет, и это помогает ему в какой-то мере освободиться от внутреннего напряжения.

Обычно после 3-х месяцев посещения группы АА больные понимают, что одно только воздержание от потребления спиртного не помогает – надо изменять себя, эмоционально расти, обновляться. Ведь алкоголик может проявлять алкогольное поведение и мышление без капли спиртного во рту. В таких случаях говорят о «сухом пьянстве» – больной не пьет, но говорит, думает, чувствует, реагирует так, как будто он продолжает потребление алкоголя.

Восстановление по программе «12 Шагов» достигается путем последовательной проработки отдельных «Шагов». Только в тексте 1-го Шага встречается слово «алкоголь», говорится о том, что необходимо перестать бороться с собой и признать свое бессилие перед болезнью, признать факт потери контроля над своей жизнью. Совершая этот Шаг, алкоголик ломает свой механизм защиты и отрицания – это необходимое, но все же недостаточное условие для сохранения трезвости. Шаг 1 – это достаточно сложное утверждение. Сущность его – принятие ограничения в своих возможностях: в данном случае – это факт потери контроля над потреблением спиртного. Принятие этого факта может происходить сразу, но можно рассматривать его становление как процесс, проходящий через ряд стадий.

- Стадия 1: «У меня есть проблема с потреблением алкоголя».
- Стадия 2: «Алкоголь постепенно делает мою жизнь все более трудной и порождает в ней все новые и новые проблемы».
- Стадия 3: «Я потерял способность контролировать потребление алкоголя, и единственной альтернативой, которая теперь имеет смысл, является прекращение его потребления».

Программа «12 Шагов» рассматривается как программа духовного роста, позволяющая больному алкоголизмом, благодаря духовным изменениям, происходящим по мере работы над Шагами, приобретать комфортную трезвую жизнь, когда для улучшения настроения или самочувствия нет необходимости использовать алкоголь или иные вещества, изменяющие психическое состояние. Почти все новые члены сообщества начинают духовное развитие с признания наличия «высшей силы», «более могущественной, чем они сами» (2 – 3 Шаги программы АА). Такой силой может быть Бог, в любом его понимании, или иное высшее начало, или, что особенно важно, – ***сила единения группы***. Это необходимо, так как вера в «высшую силу» помогает корригировать эгоцентрические устремления личности больных, проявляющих постоянное стремление контролировать не только прием алкоголя, но и всех окружающих. В основе обретения духовности лежит признание утраты такого контроля: «Это не я являюсь центром мира, не я повелитель Вселенной, я не контролирую весь мир». Для больных это что-то совершенно новое.

4 – 12 Шаги служат для дальнейшего духовного развития личности больных алкоголизмом. Цель этого процесса выражена в известной «молитве» АА: «Боже, дай мне разум и душевный покой принять то, что я не в силах изменить, мужество изменить то, что могу изменить, и мудрость отличить одно от другого».

Программа «12 Шагов» делает ставку на активную работу над собой самого больного. Ставится только одно условие – искреннее желание бросить пить. Программа предполагает длительное и непрерывное участие больного в реабилитационном процессе.

Работая над преодолением алкоголизма в группах АА, больные меняют не только стиль своего поведения, но и систему своих взглядов и убеждений. Изменения в сознании происходят после изменения форм поведения. В АА по этому поводу существует фраза: «Принеси тело, голова придет позже». Член АА имеет возможность освоить новые стереотипы поведения путем регулярной тренировки новых навыков. В таком обучении минимизированы познавательные элементы. Обретающий трезвость не столько думает, сколько делает, действует, так как мышление его еще остается алкогольным. Наибольших результатов в данном случае можно достичь путем прямого копирования поведения других членов АА, имеющих большой стаж трезвости, т.е. используется имитация как одна из основных форм обучения. В АА существует рекомендация: «Хочешь стать таким же, как я, – делай так же, как я, и оставайся трезвым». При этом новый член АА использует трезвые паттерны поведения, но мыслит пока еще как больной. Такого новичка в АА называют не трезвым, а «сухим».

Следует также рассказывать пациентам об основных идеях, на которых основывается работа АА:

- ни один из известных методов лечения не позволяет больному пить алкоголь без последствий;
- оставаться трезвым – единственно возможный выбор для алкоголика;
- только собственной уверенности в себе недостаточно, чтобы поддерживать трезвость;
- для излечения необходима поддержка других «восстанавливающихся» больных зависимостью от ПАВ.

Терапевтические механизмы групп АА

Программу «12 Шагов» Анонимных Алкоголиков можно рассматривать как групповую психотерапевтическую методику лечения алкоголизма, наркомании, а также других видов аддиктивного и компульсивного поведения. Система организации работы сообщества, способ ведения групп, основные принципы личностного восстановления по программе АА, сформулированные в «12 Шагах» и «12 Традициях», а также в «Лозунгах» АА, делают очень близкими классические психотерапевтические групповые методики и эту программу.

Посещение групповых собраний – неотъемлемая часть процесса работы по программе АА. Основной лозунг сообщества – «90 дней - 90 собраний»: новичку предлагается в течение трех месяцев ежедневно посещать группы Анонимных Алкоголиков. Эта рекомендация имеет глубокий смысл: именно начальный период воздержания наиболее труден для больных алкоголизмом и опасен в плане возникновения и развития у них рецидива заболевания. В этот сложный период алкоголик нуждается в наиболее интенсивной помощи и поддержке на пути к выздоровлению. Кроме того, регулярное общение с другими членами АА на этом этапе реализации программы позволяет химически зависимому человеку лучше разобраться в основных ее положениях, понять принципы, регулирующие деятельность сообщества и, главное – чем именно оно помогает больному в процессе реабилитации.

Для групповых собраний АА характерны те же терапевтические преимущества, что и для любой формы групповой терапии, направленной, прежде всего на изменение поведенческих установок личности, а также ее внутреннего состояния. Основные характеристики группового процесса, отмеченные многими психотерапевтическими школами, достаточно наглядно можно наблюдать и в группах сообщества Анонимных Алкоголиков. Сходство проявляется во многом, и, в первую

очередь, необходимо отметить возможность получения членом группы «обратной связи» в процессе общения, поддержки от людей, имеющих такие же проблемы, как и у него. В любой группе ее участник имеет возможность уяснить для себя и воспринять ценности и потребности других людей, что наиболее показательно в системе АА. На собраниях участник группы АА чувствует принятие его другими, доверие к себе, получает необходимую помощь и учится принимать окружающих такими, какие они есть. Адекватные реакции других на конкретного человека в группе могут значительно облегчить разрешение его конфликтов с людьми вне группы. На занятиях человек в состоянии найти ответы на многие вопросы относительно тех проблем, которые возникают у него в общении с окружающими его людьми, имеет возможность научиться новым навыкам, опробовать новые стили поведения среди равных ему партнеров. Именно эти возможности дают чувство психологического комфорта и покоя. Слушая рассказы других участников группы, больные могут узнавать себя в других, видеть «со стороны» свои проблемы и использовать этот опыт для определения (идентификации) и оценки своих чувств и форм поведения. Группа может значительно облегчить процесс самоисследования, предоставить человеку необходимое внимание, участие и принятие в ходе раскрытия своей личности.

В I главе были приведены общие принципы, характерные для психокоррекционных групп, которые выделил M. Lakin (1972):

1. Облегчение выражения эмоций.
2. Появление чувства принадлежности к группе.
3. Возможность, а иногда и обязательность самораскрытия.
4. Освоение новых видов поведения, как в группе, так и вне ее.
5. Возможность выражения своего мнения по любым вопросам и проблемам, решаемым в группе.

6. Разделение с назначенным лидером ответственности за руководство группой.

Все эти принципы в полной мере характерны для групповых собраний сообщества Анонимных Алкоголиков и иных сообществ, работающих по системе «12 Шагов».

Большинство специалистов по групповой терапии склоняются к тому, что наибольшая эффективность работы в группах достигается при объединении людей, схожих по имеющимся у них проблемам, так как включение в группу лиц с различными проблемами почти неизбежно вызывает напряженность и конфронтацию. Это положение объясняет невозможность и неэффективность работы с больными алкоголизмом в смешанных лечебных группах. АА сильно тем, что объединяет людей с одной общей проблемой – химической зависимостью, что помогает в обеспечении сплоченности группы, взаимопонимания ее членов, объединения вокруг общей проблемы избавления от алкоголизма.

Имеет свои преимущества объединение в группах АА людей, имеющих разные типы характера и реагирования. Эта особенность часто помогает таким группам принимать наиболее конструктивные решения, приобретать разнообразный опыт решения тех или иных проблем. Необходимо указать, что велика опасность того, что в замкнутых, «слишком сплоченных» группах возможно принятие решений, связанных с чрезмерным оптимизмом или наивностью ее лидеров, что часто оказывает негативное воздействие на ожидаемый терапевтический эффект. Сообщество АА избегает этой ситуации тем, что любой его член может посещать те или иные АА-группы по своему усмотрению, а порой это – обязательно рекомендуемое условие членства в АА. Такой подход привносит разнообразие в работу отдельных групп сообщества.

Существенное значение имеют ведение собраний групп сообщества АА и выбор их ведущих. Когда групповой процесс хорошо структурирован, это снижает у участников тревожность, уменьшает их сопротивление воздействию группы и, таким образом, позволяет наиболее полно сконцентрироваться на проблемах отдельной личности и общих целях группы, ускоряет преодоление нерешительности новичков и других трудностей начального организационного периода. Эта цель достигается жестким структурированием ведения заседаний групп АА. Выделяются, например, «тематические» встречи: изучение отдельных Шагов, Лозунгов (Девизов), Традиций и т.д.

Интересный способ анализа группового процесса предложил S. Keleman (1975). В плане социального развития членов группы решающими для достижения позитивного результата групповой терапии являются три процесса: податливость, идентификация и присвоение. Все эти процессы в полной мере характерны для групп сообщества АА. В частности, ***процесс податливости*** заключается в том, что новые члены сообщества в процессе работы в группах узнают от более опытных в решении своих алкогольных проблем людей новые способы поведения. ***Идентификация*** проявляется в возможности каждого участника группы АА встать на позицию руководителя группы – это закреплено правилом, согласно которому любой член сообщества может и должен быть ведущим или «спикером» на собрании; кроме того, это же требование «прописано» в Двенадцатом Шаге программы АА. Присвоение – это процесс реализации полученных знаний и умений конкретным человеком в реальной жизни, – т.е. основное, для чего существует сообщество Анонимных Алкоголиков.

I. Yalom (1975) выделил 10 лечебных факторов, характеризующих процесс групповой психотерапии:

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

Все эти факторы характерны и для групп АА. Вот соответствующие примеры:

1. Сплоченность способствует достижению успеха в процессе реабилитации в условиях группы, так как алкоголик в одиночестве практически не в состоянии справиться со своим заболеванием и, таким образом, нуждается в помощи себе подобных. Отсутствие сплоченности ведет к распаду группы АА и даже сообщества АА в целом, вследствие чего значительно уменьшится терапевтический эффект даже в «выживших», но закрытых и «замкнутых на себя» группах. Сплоченность сообщества, как основной принцип существования АА и «выздоровления» больных, оговорена в «12 Традициях» АА, где основополагающей по этому поводу следует считать Первую Традицию: «Наше общее благополучие должно стоять на первом месте; личное выздоровление зависит от единства АА».

2. Внушение надежды – это закрепление веры в успешность выздоровления по системе АА и надежды на достижение благополучия. Эти факторы уже сами по себе оказывают психотерапевтическое воздействие; тем более, если они подкреплены живыми примерами в виде успешных членов сообщества, имеющих большие сроки трезвости и достигших благополучного существования в окружающем социуме. Как правило, эти люди говорят новичкам: «Хочешь быть таким же, как я, – ходи на группы, работай по программе, как я, и все у тебя получится». Вера в успех – это очень важный фактор эффективности данной программы.

3. Обобщение. Многие алкоголики считают свои личные проблемы уникальными, но, приходя в группу, они узнают, что другие люди имеют похожие проблемы, также испытывают чувство неполноценности и межличностное отчуждение. Когда больной понимает, что он со своим несчастьем не уникален и не одинок, он оказывается в состоянии принять помощь от других людей – как внутри сообщества, так и вне него, что, несомненно, облегчает становление процесса личностного восстановления. Кроме того, некоторые больные, определив у себя какие-либо трудности, «приносят» их для проработки в группы, а в процессе общения с другими членами группы находят у себя еще ряд проблем, мешающих реабилитации, но до прихода в группу «не определенных» и не осознававшихся.

4. Альтруизм – ощущение взаимной необходимости как старожилов АА, так и новичков, оказывает эффективное терапевтическое действие. Не является секретом тот факт, что если в группу АА не привлекаются новые, «свежие» члены, то она может быстро прекратить свою активность, что может привести к учащению срывов даже у тех, кто имеет большие сроки трезвости. Поэтому альтруизм – это важный элемент взаимодействия членов АА, без которого невозможно личное выздоровление.

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

6. Множественный перенос. Отношения, которые складываются между участниками группы АА, с течением времени начинают походить на такие же формы взаимодействия, которые человек использует в общении со своими близкими, т.е. в группе больной начинает проявлять те же паттерны поведения, что и, например, в семье. Неконструктивные тенденции взаимодействия могут обнаружиться в том случае, когда химически зависимый человек испытывает излишнюю привязанность или проявляет агрессию по отношению к группе или отдельным ее членам. По мере прохождения определенных этапов восстановления по программе АА и работы в группе эти тенденции подвергаются групповой и индивидуальной рациональной и реалистичной оценке, что приводит к более свободному, лишенному патологических стереотипов межличностному общению больного и окружающих его людей, как на собраниях групп, так и вне них.

7. Межличностное общение. В группах АА каждый их участник исследует испытываемые им как положительные, так и отрицательные эмоции, апробирует новые формы (способы) поведения среди «трезвых алкоголиков», что в дальнейшем позволяет перенести ему многие из этих опробованных в группе действий и суждений на жизнь вне группы – для установления полноценных социальных связей с окружающими людьми. Без наличия подобного обучения посещение собраний АА не приносило бы того результата, который дает эта программа, т.е. не достигалась бы полная адаптация больных алкоголизмом к жизни в социуме, имеющей свои как положительные, так и отрицательные стороны.

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

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

10. Катарсис. Проработка в группах «неприемлемой» потребности в алкоголизации, сосредоточение внимания на ранее невскрытых непроанализированных эмоциях – таких, как чувство вины или враждебности, приводит к психологическому очищению, облегчению и освобождению, – это переживание испытывают многие члены АА после окончания собраний. Кроме того, важно отметить особую пользу такого катарсиса в группе, проявляющуюся в усилении сплоченности группы (и сообщества АА в целом) в результате интенсивного множественного межличностного взаимодействия в безопасном, принимающем, полном эмпатии окружении.

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

Групповая помощь является одним из лучших средств решения больным алкогольных или других личностных проблем на первых этапах становления трезвости. Группа помогает ему формировать адекватное самосознание, разрушать механизм самообмана, создавать новую самоидентификацию и подкреплять мотивацию трезвости. Ведь основная часть программы «12 Шагов» направлена именно на такое распознавание самим себя больным алкоголизмом, и большинству зависимых этого оказывается вполне достаточно, чтобы выйти на достаточно высокий уровень самооценки.

Терапевтические механизмы программы «12 Шагов» и норм функционирования сообщества АА – «12 Традиций»

Важно разобрать в плане психотерапевтической ценности и эффективности теоретические принципы работы сообщества АА – последовательные «12 Шагов». С нашей точки зрения, объяснить в полном объеме действие программы АА на отдельно взятую личность достаточно затруднительно, так как те позитивные изменения, которые появляются у зависимого человека благодаря этой программе, в основном характерны лишь для данной личности. Качественные изменения психики человека, страдающего алкоголизмом, находятся в тесной связи с его индивидуальными особенностями. Наши возможности в данном контексте позволяют лишь дать рациональные объяснения Шагам программы на основании тех теоретических концепций, которые используются некоторыми психотерапевтическими школами, имеющими достаточно структурированную теорию развития личности в процессе психотерапевтического воздействия.

Так, с точки зрения бихевиоральной терапии, Т-групп (групп тренинга) программу «12 Шагов» можно разделить на два больших этапа:

Первый этап включает в себя Шаги с первого по восьмой. Их задача – обучение больного адекватному социальному взаимодействию с людьми с такими же, как и у него, проблемами, но ведущими трезвый образ жизни. Подобное обучение возможно лишь при неразрывном контакте с группой Анонимных Алкоголиков.

Второй этап охватывает Шаги с девятого по двенадцатый. На этой стадии человек выносит знания и умения, полученные в группе, для налаживания функционирования в окружающем социуме, среди людей, не страдающих химической зависимостью. Таким образом, мы видим, что сообщество АА полностью отвечает основному понятию Т-терапии: группа как обучающая лаборатория.

Особый интерес может вызвать рассмотрение программы «12 Шагов» с точки зрения основных понятий гештальт-терапии. Используя понятия «фигура и фон», являющиеся в гештальт-терапии основополагающими, можно также разбить изменения личности больного в процессе реализации программы АА на несколько этапов.

- Первый Шаг дает человеку возможность осознать имеющиеся у него проблемы, что аналогично нахождению границ между характеристиками собственной личности и окружением.
- Работа по Шагам со второго по восьмой предполагает изучение имеющихся особенностей собственной личности внутри очерченных ранее границ Я.
- Проработка девятого – одиннадцатого Шагов подразумевает изучение особенностей окружающей реальности. На этом этапе человек имеет возможность построить новые конструктивные отношения с внешней средой с учетом своего выздоравливающего Я.

- Двенадцатый Шаг – зрелость. В итоге реабилитационного процесса наступает «зрелость», когда человек в состоянии брать на себя ответственность за свое поведение и функционирование и, соответственно, поддерживать свое собственное комфортное состояние (трезвость в том числе). Этот Шаг подразумевает оказание помощи другим больным, которая осуществляется преимущественно для своего личного выздоровления без ожидания какой-либо конструктивной ответной реакции с их стороны.

Программа «12 Шагов» может быть рассмотрена с позиции структурного, трансактного и сценарного анализа Э. Берна. Удобнее объединить структурный и трансактный анализ для объяснения Шагов, а работу над сценарием выделить отдельно.

Первый Шаг – изучение социальных трансакций и «игр» личности и ее окружения с позиции Взрослого, эмоциональное принятие потери контроля над этим, а также потреблением алкоголя, с позиции Ребенка.

2-3 Шаги – поиск внешнего Родителя, способного принять личность больного со всеми ее недостатками и достоинствами и оказывать помощь в виде психологической поддержки на пути выздоровления. Контроль стандартных психологических реакций собственного внутреннего Родителя и постепенная замена их на более конструктивные реакции вновь найденного.

4 Шаг – изучение с позиции Взрослого достоинств и недостатков своих внутренних состояний – Ребенок и Родитель.

5-8 Шаги – работа по улучшению взаимодействия между внутренними составляющими личности человека – Родителя, Ребенка и Взрослого.

9-12 Шаги – восстановление разрушенных и наработка новых социальных трансакций для более эффективного функционирования личности.

С позиций сценарного анализа программу «12 Шагов» можно рассматривать как плавный переход от сценария «неудачника» посредством преодоления родительских сценарных установок через сценарий «непобедителя» (трезвого, но не имеющего полноценного функционирования в социуме) до вполне успешного «победителя».

Часто авторами, описывающими программу Анонимных Алкоголиков, упускается психотерапевтическое значение «12 Традиций». На особое значение Традиций сообщества указывает в первую очередь отношение к ним членов АА. В частности, они в любой момент могут высказывать свое мнение о проделанных Шагах, говорить о личном опыте их прохождения, о своем собственном пути в программе, и это воспринимается другими Анонимными Алкоголиками совершенно спокойно. Но при попытке неадекватного толкования или изменения Традиций сообщества большинство членов АА жестко встает на их защиту. Традиции, в первую очередь, отстаивают единство сообщества Анонимных Алкоголиков как защиту и гарантию безопасности личности больного, нацеленного на процесс выздоровления. Кроме того, подобная организация работы сообщества не позволяет ему стать тоталитарной сектой.

Терапевтические механизмы Девизов сообщества АА/АН

Особое внимание следует уделить психотерапевтической роли Девизов АА/АН. Они являются своеобразным спасательным кругом для выздоравливающего человека в новых, трудных, непредвиденных ситуациях. С их помощью больной имеет возможность функционировать в окружающей среде в тот период, когда необходимые новые, трезвые способы поведения находятся на этапе формирования. Девиз – это своего рода клише, направляющее мысли и действия «выздоравливающего» на адекватное решение возникающих проблем, ранее преодолевавшихся лишь с помощью алкоголя/наркотиков. Наиболее важным представляется Девиз «Живи одним днем», который соответствует такому понятию многих психотерапевтических школ, как принцип «Здесь и Теперь». Эта «формула» направлена на то, чтобы весь процесс выздоровления проходил под знаком осознания действительности и сосредоточенности на настоящем. Конструктивное его использование позволяет больному не тратить энергию на переживание ошибок прошлого и беспокойство о будущем, а сосредоточиться на решении насущных, актуальных проблем. Кроме

того, Девизы АА/АН можно рассматривать как способ противодействия тем сценарным установкам, которые получены и закреплены у больного в процессе личностного «роста», определяют его взгляды на способы существования в окружающем мире и взаимодействия с другими людьми. Тот же Девиз «Живи одним днем» можно рассматривать как противодействие сценарной установке, часто наблюдаемой психотерапевтами в работе с алкоголиками, – «Не живи». Можно привести ряд наиболее распространенных поведенческих установок «в паре» с Девизами АА (по принципу «Установка – Девиз»): «Торопись» – «Не суетись» («Тише едешь, дальше будешь»); «Угоди всем» – «Говори то, что есть» («Маленькая неправда – это тоже ложь»); «Не чувствуй себя хорошо» – «Живи и давай жить другим» – и т.д.

Основные Девизы АА/АН, которые чаще других используются на первых этапах восстановления, могут трактоваться в лечебной программе следующим образом:

- ***«Живи одним днем».*** Цель восстановления состоит в том, чтобы не употребить «первую рюмку», «первый стакан», «первую дозу» и оставаться трезвым в течение только одного этого текущего дня. Годовщины трезвости важны, но, в конечном счете, наиболее важно – потребляет ли больной сегодня, потреблял ли он вчера и будет ли потреблять завтра. Применение этого принципа в повседневной жизни вовсе не означает бездумного пренебрежения прошлым или неумения подготавливаться к будущему, скорее наоборот, зная свое прошлое, можно лучше осознавать и более глубоко чувствовать настоящее и через этот подход более эффективно формировать и планировать свое будущее.
- ***«Первым делом – главное».*** Если больной не останется трезвым, ничто другое уже не будет иметь значения, так как он может закончить свой путь в больнице, в тюрьме или умереть раньше времени. Если не сконцентрироваться на восстановлении по программе «12 Шагов» и на поддержании трезвости, зависимость будет подрывать тело, разум, душу и ухудшать отношения больного с окружающими людьми. Хотя все люди, включая зависимых от ПАВ, имеют массу обязательств и проблем, первое, что важно для больного – поддержание собственной трезвости. Больной должен быть подготовлен к этому, должен уметь принимать любые трудные решения, необходимые для того, чтобы оставаться трезвым.
- ***«Тише едешь – дальше будешь», «Не суетись».*** Не все в текстах и установках АА/АН будет сразу необходимо для восстановления больному зависимостью. Этот Девиз говорит о постепенном продвижении в процессе восстановления. Когда больной пытается сразу сделать все, что рекомендуется АА/АН, он может сорваться, так как часто оказывается не готовым сразу соответствовать всем требованиям к трезвому человеку. Только постепенно продвигаясь по программе АА/АН, приобретая опыт трезвой жизни, человек, больной зависимостью, может все более комфортно себя чувствовать.

3.3. Особенности работы социальных работников (консультантов) по программе «12 Шагов» в стационарном отделении по лечению больных зависимостью

Для работы по ознакомлению пациентов с сообществом АА/АН и его программой в отделении используются специальные инструкторы-терапевты (консультанты, социальные работники) – это бывшие больные, «трезвые алкоголики/наркоманы», прошедшие специальную подготовку, имеющие многолетнюю ремиссию и сами работающие по программе «12 Шагов». У таких консультантов есть определенные преимущества: они обладают опытом преодоления собственной анозогнозии, им легче преодолеть стену вроде бы логичных «объяснений» и оправданий пациентом своей алкоголизации/наркотизации. Присутствие консультанта полностью оправдывает себя уже в первичных программах лечения и на первых стадиях становления трезвости пациентов: ведь он имеет опыт прохождения таких же этапов во время собственного восстановления, ему знакомы все чув-

ства больного человека, каждая его мысль. Он способен отождествлять себя с больным, а больной – себя с ним.

Не потребляющий консультант может подсказать пациенту, что ему надо делать в той или иной ситуации, а что – нет. Групповая психотерапия, во время которой пациент касается глубин своего подсознания, своих скрытых мотивов и чувств, требует точного определения и понимания специалистом своих собственных чувств и мотивов, убеждений и интересов, а затем – неустанного и очень пунктуального «удаления» негативных сторон этих сфер личности в динамике терапевтического процесса. Не подготовленный соответствующим образом консультант не обладает такими умениями, и в этот период отождествление с ним может лишь помешать пациенту, так как собственные проблемы консультанта практически всегда накладываются на проблемы пациента, затрудняя тем самым процесс лечения.

Консультант (социальный работник), занимающийся лечением больных зависимостью не должен пытаться понять пациента с его точки зрения, должен отказаться принимать болезненную логику пациента. Ему необходимо быть всегда начеку, необходимо находить лазейки и несуразности в рассуждениях пациента, так как самообман больного, в конечном счете, не логичен, хотя порой несет в себе даже философскую глубину. Консультант должен хорошо знать суть алкоголизма/наркомании как болезни и понимать механизмы потери контроля над потреблением алкоголя/наркотика для того, чтобы обратить основное внимание больного на зависимость, а не на другие его проблемы.

Основные ***цели***, которые преследует в своей работе консультант (социальный работник) в рамках этой терапевтической модели и ***задачи***, которые необходимо решить для реализации этих целей, можно сформулировать следующим образом:

- основная цель предлагаемой практики лечения химической зависимости – привлечение пациента к сознательной и регулярной работе по программе «12 Шагов» в рамках группового сообщества для достижения стойкой ремиссии;
- основной акцент делается на стимулировании пациентов к посещению нескольких собраний групп АА в период курса лечения, к чтению «Большой Книги» Анонимных Алкоголиков (книги «Анонимные Наркоманы») и других изданий АА/АН, а также на разъяснении основных понятий и принципов работы сообщества АА/АН;
- в рамках программы каждое занятие, проводимое консультантами, посвящается определенной теме, выбранной пациентами или персоналом; в пределах темы материал может быть рассмотрен в рамках специфичной ситуации конкретного пациента и так, чтобы представления пациента о зависимости и о проблемах восстановления стали цельными, системными и соответствовали «идеологии» АА/АН.

Давая пациентам рекомендации и задания для ориентации в программе АА/АН, консультанту следует предпочитать слово «предлагаю» слову «необходимо». Важно учитывать, что способов поддержания трезвости столько, сколько людей-членов АА/АН. Основное, что должен делать отдельный больной, – всеми силами поддерживать трезвость. Для создания среди больных отделения духа АА/АН консультант обязан избегать указывать пациентам, что именно они должны делать. Традиция АА/АН гласит, что лучше беседовать с пациентом корректно, чем давить на него обязательствами. Желательно предлагать больному те или иные приемы и пути одоления болезни и изменения себя самого, а не принуждать его к этому. Предложения, которые делает консультант больному, должны соответствовать тем рекомендациям, которые содержатся в одобренной АА/АН литературе.

Консультанту, работающему в лечебном центре, необходимо знать Девизы АА/АН и активно использовать их в работе. Это помогает обеспечению вовлечения больных в АА/АН и дает пациентам опору на пути преодоления сложных жизненных ситуаций. Чем лучше пациенты понимают смысл, стоящий за каждым Лозунгом АА/АН, тем успешней они будут применять их в повседневной жизни.

В связи с тем, что пациент находится на стационарном лечении ограниченное время, а процесс его реабилитации длится всю жизнь, то в лечебной программе желательно сосредоточить терапевтические усилия на достижении понимания и принятия пациентом первых «Шагов» программы, помогающих ему остаться трезвым достаточно длительное время. Этого эффекта вполне хватает для осознания пациентом необходимости в дальнейшем поддерживать свою трезвость с помощью сообщества АА/АН и программы «12 Шагов».

Непонимание пациентом идей программы и нежелание работать по программе может быть следствием действия механизмов психологической защиты. Необходимо объяснить пациенту, что защитные механизмы – это термин, которым обычно объясняют наличие у людей трудностей в принятии определенных норм, условий, связанных с личным самоограничением. Корни различных видов психологической защиты заключаются в том, что принятие какого-либо ограничения является достаточно часто очень неприятным. Оно обижает, причиняет страдания, и, таким образом, для личности нормально с помощью отрицания защищать свое Я от душевной боли, от чувства беспокойства, гнева, стыда, печали, несоответствия общим стандартам или вины. Все эти эмоции обычно неприятны, тягостны для человека, и у любого может возникнуть желание избежать их. Принятие наличия у себя болезни - зависимости подобно принятию любого ограничения также вызывает ответную защитную реакцию.

Наиболее часто можно наблюдать у пациентов следующие механизмы защиты и ухода от работы по программе «12 Шагов»:

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

Консультанту, как и психологу, врачу-наркологу или психотерапевту, необходимо уметь работать с пациентами над проявившимися у них защитными механизмами, которые они используют для непринятия факта своего бессилия перед алкоголем/наркотиком и оправдания ухода от необходимого отказа от приема алкоголя/наркотика, так как такая работа является необходимым условием для достижения лечебного эффекта. Она должна осуществляться консультантами с использованием методологии и примеров, которые описаны в литературе сообщества АА/АН.

Обычно только после преодоления проявлений психологической защиты можно с достаточной эффективностью включать в структуру занятий некоторые другие элементы программы «12 Шагов».

Курс лечения можно считать успешным, если пациент ясно понимает главные цели сообщества АА/АН:

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

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

- принятие пациентами того факта, что они страдают от хронической и прогрессирующей болезни;
- принятие пациентами того факта, что они окончательно потеряли способность контролировать количество алкоголя/наркотика;
- принятие пациентами того факта, что нет никакого способа лечения от зависимости, при котором можно научиться «пить/потреблять как все», а единственная возможность жить полноценной, содержательной жизнью – полный отказ от потребления алкоголя/наркотика;
- осознание пациентами того, что надежда на восстановление (стабильную трезвость) может реализоваться только через принятие факта необратимой потери контроля над потреблением алкоголя/наркотика и при наличии веры в то, что «сила, более могущественная, чем мы сами» может помочь личности, чья собственная сила воли была побеждена зависимостью;
- осознание пациентом того, что сообщество АА/АН помогло миллионам больных поддерживать трезвость, и что наилучшие шансы на успех у пациента возникнут, если он пойдет по пути АА/АН.

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

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

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

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

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

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

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

Помощь консультантов в решении таких проблем пациента отделения не должна осуществляться напрямую, т.е. консультант не должен делать что-либо для нормализации жизни больного сам. Консультант должен оказывать только психологическую поддержку и консультативную помощь пациенту для осуществления им самостоятельных действий по улучшению своей жизни. Если консультант (социальный работник) решит какую-либо проблему пациента без его непосредственного участия, т.е. за него, то, скорее всего, он спровоцирует у больного иждивенческие тенденции – и тем самым лишит пациента возможности приобрести свой собственный опыт решения подобных проблем. Такая ситуация может значительно затруднить преодоление пациентом проявлений зависимости в будущем. Кроме того, консультанту желательно рассматривать специфические социальные проблемы пациента с точки зрения методологии сообщества АА/АН, используя Лозунги программы, а также литературу, рекомендованную к чтению.

3.4. Личностные и профессиональные характеристики консультантов (социальных работников) – членов сообществ АА/АН или АлАнон

Важным компонентом в организации полноценной и эффективной работы социальных работников отделения (консультантов) является их соответствие профессиональным и личностно-психологическим характеристикам, определенным нами в ходе проведения настоящего исследования.

К профессиональным знаниям, необходимым социальным работникам для работы в подобного типа отделениях, можно отнести знание:

- особенностей биологических, психологических и социальных нарушений при развитии зависимости от психоактивных веществ;
- особенностей этапных изменений у больных алкоголизмом или наркоманией во время процесса восстановления и преодоления болезни;
- механизмов и этапов развития «срывов» у больных с зависимостью и способов их предотвращения;
- особенностей и специфики различных методов (прежде всего психотерапевтических и социотерапевтических) лечения зависимости от ПАВ;
- содержания психотерапевтической программы отделения;
- особенностей работы всех сотрудников отделения;
- методологии сообщества Анонимных Алкоголиков/Анонимных Наркоманов, включая «12 Шагов», «12 Традиций», Девизы, литературу сообщества и т.д.

Несомненно, консультант (социальный работник) должен уметь применять все имеющиеся у него знания для работы с конкретными пациентами в их специфической ситуации.

Наиболее целесообразно использовать для консультативной работы лиц, имеющих опыт собственного выздоровления (восстановления) в наркологических лечебных подразделениях, особенно в подразделениях, использующих Миннесотскую модель лечения алкоголизма и наркомании. Опыт личностного восстановления с помощью программы «12 Шагов», методологии сообщества

АА/АН, имеющийся у таких работников, помогает им наиболее полноценно и эффективно доносить до других принципы помощи, используемые данным сообществом. Кроме того, имеющийся собственный опыт преодоления физиологических, психологических и социальных проблем, возникающих на начальных этапах восстановления, помогает этим социальным работникам достаточно легко распознавать схожие со своими проблемы, возникающие в процессе лечения у конкретных пациентов. Многие пациенты именно поэтому с большим доверием относятся к сотрудникам отделения, имеющим собственный опыт преодоления алкоголизма или наркомании. В то же время, кроме наличия у таких работников достаточно больших сроков трезвости, их личностные характеристики должны отвечать определенным критериям, набор которых необходим для работы в психотерапевтических и реабилитационных отделениях (подразделениях, программах). Во-первых, они должны иметь срок трезвости не менее 4-х лет, что в определенной степени гарантирует эффективность восстановления по программе «12 Шагов» сообщества АА/АН. Также они должны понимать психологические и социальные проблемы больных с зависимостью:

- проявления негативного и алкогольного (зависимого) мышления;
- механизмы психологической защиты, применявшиеся для оправдания своего деструктивного поведения;
- манипулятивные формы взаимодействия, проявляющиеся в общении с окружающими людьми.

Консультант должен уметь полноценно работать с собственными эмоциями и т.д.

Некоторой гарантией такой проработанности алкогольных проблем у членов АА/АН является полноценное прохождение ими не менее 5-ти Шагов программы «12 Шагов» сообщества.

Если социальный работник (консультант) из числа Анонимных Алкоголиков или Анонимных Наркоманов не отвечает вышеприведенным критериям, то в процессе работы такого специалиста в «команде» сотрудников психотерапевтической или реабилитационной программы (врачи-наркологи, психотерапевты, психологи, другие консультанты) могут возникнуть следующие проблемы, способные нарушить эффективность лечебного процесса подразделения:

- противопоставление себя (и программы «12 Шагов») другим специалистам, занятым в лечебной программе, в первую очередь, не являющимся бывшими больными;
- неконструктивная критика практически любых действий других специалистов отделения;
- формирование такими работниками противостоящих друг другу группировок как среди сотрудников программы, так и среди пациентов;
- «перетягивание» на себя внимания пациентов за счет «особого» к ним отношения, отличного от взаимоотношений между персоналом и пациентами, принятых в программе;
- постоянные попытки внести неоправданные (необоснованные) изменения в психотерапевтический или реабилитационный процесс, которые, при более внимательном рассмотрении, как правило, направлены на деструктуризацию лечебной программы или дестабилизацию социальной структуры отделения;
- попытки манипулировать другими сотрудниками отделения или пациентами;
- нежелание прислушиваться к рекомендациям более опытных специалистов (особенно если они не страдают зависимостью) по более эффективному выполнению рабочих обязанностей или по учету в работе личностных особенностей того или иного пациента и т.д.

Если консультант начинает вносить в лечебный коллектив вышеназванные проблемы, часто им даже не осознаваемые, то его необходимо удалить из программы, предложив ему вначале проработать собственные проблемы и всецело заняться собственным восстановлением, а уже потом заниматься помощью другим больным с зависимостью. Необходимо осознавать, что наибольший вред своими деструктивными действиями такой консультант нанесет в первую очередь своим пациентам.

3.5. Связь лечебной программы отделения с сообществом АА/АН

Достаточно важной частью работы по ознакомлению пациентов отделения с работой сообщества АА/АН и программой «12 Шагов» является их непосредственное участие в работе групп сообщества Анонимных Алкоголиков/Анонимных Наркоманов. Оно достигается с помощью того, что пациенты в обязательном порядке, независимо от их желания, направляются на собрания групп АА/АН. Группы, в которые «принудительно» направляются пациенты отделения, работают либо на территории больницы в ее помещениях (группы «Чудо», «Добрый день»), либо размещаются в ближайших окрестностях больницы (группа «Альтернатива»). Имеется практика направления пациентов в группы, находящиеся в достаточном отдалении от больницы, но рекомендуемые персоналом отделения как пример эффективно работающих (группы «Круг», «Московские начинающие»). Однако в таком случае учитывается желание пациентов, т.е. пациенты направляются на посещение таких групп только на основании написанного ими заявления. Добровольное (по заявлению) посещение групп АА/АН пациентами возможно только после месяца нахождения в психотерапевтической программе отделения. Для посещения групп сообщества в программе выделены соответствующие дни недели:

- для обязательного посещения АА – среда, четверг (АН – вторник, пятница);
- для добровольного посещения АА – вторник, пятница (АН – среда, четверг);
- для пациентов, находящихся на дневном режиме лечения (ПДН – палата дневного наблюдения), – ежедневно, кроме выходных.

В обязательном порядке пациентов на собрания АА/АН сопровождают социальные работники отделения (консультанты), рекомендации которых позволяют больным, лечащимся в отделении, достаточно легко включиться в работу групп АА/АН. Социальные работники также сопровождают пациентов на всевозможные юбилейные встречи сообщества, например, годовщины создания Московского АА или отдельных групп. Доброжелательная атмосфера, царящая на таких собраниях, откровенные рассказы более опытных членов сообщества о своем заболевании и избавлении от него с помощью программы «12 Шагов» и посещения групп АА/АН, позволяют пациентам увидеть положительные результаты и поверить в эффективность данного метода преодоления зависимости.

Какой-либо особой договоренности с группами АА/АН о направлении пациентов отделения для ознакомления с их работой обычно не требуется. Но в процессе такого ознакомления с группой недостаточно подготовленные или немотивированные на лечение пациенты могут сорвать ее работу. Соответственно, для недопущения таких результатов посещения пациентами собраний АА/АН сотрудниками отделения предпринимаются определенные действия:

- в группы направляются пациенты, находящиеся на лечении не менее 2-х недель (наркоманы – 3 недели), т.е. уже имеющие право на отпуск домой;
- предварительно с некоторыми, в основном, небольшими группами сообщества, в которые направляются пациенты из отделения, оговаривается определенное количество пациентов (новичков), присутствие которых не сорвет им групповую работу. Как правило, соотношение более опытных членов АА/АН к новичкам соответствует 2 (два) к 1 (одному), т.е. – должно быть не более 30% впервые пришедших на группу пациентов;
- в одну группу направляется только один из тех пациентов отделения, которые негативно или крайне скептически относятся к программе АА/АН.

Все контакты с группами АА/АН осуществляются через социальных работников отделения (консультантов), также являющихся членами сообщества АА/АН.

Следующим, не менее важным способом взаимодействия с сообществом АА/АН, является приглашение отдельных членов групп, имеющих достаточно большие сроки трезвости и опыт работы по программе «12 Шагов», для встреч с пациентами отделения. На таких встречах приглашенные члены сообщества АА/АН рассказывают пациентам о том, как они пришли в сообщество, как принимали положения программы, как работали по программе, как делали первые «Шаги», каких ре-

зультатов добились по нормализации своей жизни с помощью методологии АА/АН. Пациенты в процессе беседы могут задавать выступающему интересующие их вопросы. Во время таких встреч пациенты могут идентифицировать себя с пришедшим на выступление членом АА/АН («спикером») и, в связи с этим, получить дополнительную мотивацию на преодоление зависимости, в том числе и по программе «12 Шагов». Если на такую встречу приглашаются бывшие пациенты отделения, то находящиеся в нем пациенты могут с помощью той же идентификации с выступающим более адекватно определить свое отношение к лечению в психотерапевтической программе отделения, увидеть те положительные моменты предлагаемого им курса лечения, которые они, может быть, еще не осознали.

Построенная таким образом связь с группами АА/АН привела отделение еще к одному способу взаимодействия с ними – группы АА/АН или отдельные их члены рекомендуют сорвавшимся «согруппникам» или своим пьющим знакомым пройти курс лечения в отделении.

Глава 4. Комплексная стационарная лечебно-реабилитационная программа для больных зависимостью от ПАВ

Комплексная стационарная лечебно-реабилитационная программа внедрялась и апробировалась в мужском психотерапевтическом отделении (на 65 коек) Московской городской наркологической больницы № 19. В связи с профилем отделения в его штатное расписание были включены: 4,25 ставки врача-психотерапевта; 6,25 ставки психологов; 2,25 ставки специалиста по социальной работе; 4,25 ставки социальных работников.

4.1. Общая характеристика поступающих в отделение пациентов

В отделение поступают пациенты:

1. С диагнозом хронический алкоголизм/наркомания начальной и средней (I, I-II и II) стадии.
2. Без отягощения сопутствующим психическим, соматическим, неврологическим или травматическим заболеванием в остром периоде.
3. Возраст: от 18 до 60 лет.
4. Степень тяжести абстинентного синдрома не превышает среднетяжелого уровня.
5. Обязательным условием является установка на лечение с применением методик, используемых в данном отделении.
6. Поступление происходит в плановом порядке, после консультации зав. отделения, с регистрацией в приемном отделении и осмотром дежурного врача.
7. После консультации зав. отделения может осуществляться внутрибольничный перевод в отделение больных, прошедших дезинтоксикационную терапию в других отделениях и высказывающих установку на лечение по программе отделения.

Пациенты, поступившие в отделение, которые после завершения дезинтоксикации категорически отказывались от прохождения лечения по данной программе, переводились в другие отделения больницы. При выявлении врачами или психологами отделения на более поздних сроках лечения иных противопоказаний для продолжения лечения пациента в отделении, оговоренных выше, но не обнаруженных на догоспитальном этапе или в первые дни лечения в отделении, больной переводился в другие профильные отделения больницы или иные лечебные учреждения города.

4.2. Принципы лечения больных зависимостью в стационарном отделении с интенсивной лечебно-реабилитационной программой, включающей элементы «12 Шагов» АА

Согласно методологии лечебно-реабилитационного воздействия в отделении с использованием элементов программы «12 Шагов», зависимость рассматривается как заболевание, имеющее биопсихо-социо-духовную структуру:

К биологическим нарушениям относятся в первую очередь биохимические, метаболические нарушения, возникающие под воздействием систематического приема психоактивных веществ в системе нейромедиаторной регуляции в ряде структур головного мозга: прежде всего, в так наз. «центре удовольствия» – комплексе ряда подкорковых ядер и некоторых участков коры мозга.

Психологические нарушения проявляются в патологическом изменении эмоциональных реакций больного человека, в том числе в период трезвости: отсутствие радости, хорошего настроения или его нестойкость и т.д. К психологическим нарушениям можно также отнести поиск оправдания для возобновления (или непрекращения) пьянства/потребления, характерные искажения мышления, использование механизмов психологической защиты, в частности, при общении с людьми, которые пытаются говорить с больными об их злоупотреблении алкоголем/наркотиком, и многое другое.

Социальные проблемы наиболее значимы в ситуации, когда у больного есть семья. В этих случаях в создании системы взаимоотношений, которые поддерживают или провоцируют потребление ПАВ, участвует не только больной, но и все его родные и близкие. Сужение социальных интересов личности ведет к установлению контактов в основном с потребляющими людьми или с лицами, поощряющими или провоцирующими потребление. Если человек, больной зависимостью, пытается вести трезвый образ жизни, ранее сложившаяся патологическая система социальных отношений часто мешает этому.

Духовные нарушения чаще всего связаны с развитием у больного эгоцентрического модуса поведения, когда окружающие люди рассматриваются только как объекты манипуляций с целью добычи спиртного/наркотика, или для оправдания и поиска причин для выпивки/потребления, или же для удовлетворения иных потребностей, связанных с жизнедеятельностью. Поражение духовной сферы также проявляется снижением интереса к культурным или иным развивающим духовность занятиям.

В процессе лечения и реабилитации больных, страдающих зависимостью, необходимо корригировать все виды нарушений, возникших в динамике заболевания. При выявлении более выраженных поражений в той или иной сфере жизнедеятельности у конкретного больного необходимо дифференцированно подходить к выбору для него наиболее индивидуализированных лечебных и реабилитационных мероприятий. Арсенал вышеназванных мероприятий достаточно широк; однако в данном контексте можно выделить основные виды и направления лечебных мероприятий, которые необходимо адресовать к патологическим процессам, лежащим в основе зависимости от ПАВ.

Биологические нарушения или нарушения функционирования ЦНС считаются необратимыми; в ходе лечения необходимо дезактуализировать или уменьшить интенсивность ряда их патологических проявлений. Наиболее известными видами лечебного воздействия на биологические нарушения при зависимости от ПАВ являются: медикаментозное лечение абстинентного синдрома, которое обычно осуществляется врачами в рамках дезинтоксикационных мероприятий, и медикаментозное лечение патологических психических проявлений, возникающих у больных как в период развития абстинентного состояния, так и в постабстинентном периоде, в том числе в форме так называемого «сухого похмелья». Терапия ведется по определенным схемам (стандартам) с помощью комплекса медикаментозных средств. Необходима также медикаментозная и диетологическая коррекция патологических соматических состояний, возникших в результате токсического

воздействия алкоголя/наркотика и его метаболитов на внутренние органы больного. Явления патологического влечения к алкоголю/наркотику подавляются с помощью психотропных препаратов, не вызывающих перекрестную с алкоголем или наркотиками зависимость.

Психологические проблемы решаются с помощью специалистов – психологов и психотерапевтов, а также специалистов по социальной работе. Достаточно эффективно положительные изменения в этой области нарушений достигаются при посещении больными групп сообщества АА/АН, где пациенты, на примерах других больных, находят новые пути контроля и купирования психологических и эмоциональных нарушений, а также получают определенную психологическую поддержку от членов сообщества. Постепенно больной человек становится более зрелым – эмоционально и психологически, способным самостоятельно, без применения алкоголя или других психоактивных веществ, решать возникающие в его жизни проблемы.

Социальные нарушения требуют активных действий со стороны самого больного для изменения сложившейся вокруг него деструктивной ситуации. Для этого он должен иметь достаточно прочную установку на трезвость и желание улучшить свою жизнь. Изменить свою жизнь больной зависимостью может только в том случае, если он понимает те нарушения, которые характерны для создавшейся патологической (алкогольной/наркотической) системы социальных отношений, если осознает свою роль в ее поддержании и способен противостоять деструктивным импульсам, исходящим от окружающих. В условиях лечения в психотерапевтическом отделении такие нарушения прорабатываются пациентами в процессе разъяснительной, когнитивной и групповой психотерапии. Так же эффективно социальные проблемы прорабатываются и корригируются в процессе работы больного зависимостью в группах АА/АН.

Восстановление духовной сферы каждый человек понимает по-своему и программа «12 Шагов» АА/АН предлагает свой способ восстановить духовную часть личности больного с зависимостью. Можно выделить блок «Шагов», которые могут быть применены в программе АА/АН для этой цели: 10 – 12 Шаги. Занимаясь работой над этими Шагами, больной человек учится эффективно существовать в окружающем социуме, задумывается над тем, кто он и зачем он живет и, наконец, после определенных позитивных изменений в духовной сфере начинает осуществлять помощь другим больным, основываясь на своем новом восприятии мира и окружающих его людей.

Если в процессе лечения больных зависимостью заниматься восстановлением только какой-либо одной области нарушений, то другие, не измененные лечением, патологические процессы будут настраивать его на продолжение потребления. Соответственно, такое лечение будет малоэффективным, и неудачи, которые постигнут пациента на пути восстановления, могут лишить его веры в возможность нормальной значимой жизни без алкоголя/наркотика.

Пациенты, поступающие в отделение, проходят ***4 этапа лечебно-реабилитационного процесса***:

1. Неотложная медицинская помощь: дезинтоксикационная терапия; витаминотерапия; симптоматическая и иная фармакокоррекция патологических состояний в рамках абстинентного синдрома (3-7 дней).
2. Индивидуальное клиническое и лабораторное обследование (3-7 дней).
3. Введение в лечебно-реабилитационную программу (3-7 дней). Производится ознакомление пациентов с режимом и работой отделения, принципами лечебной помощи в рамках программы; ведется индивидуальная работа со специалистами для определения оптимального плана лечебных мероприятий в рамках курса лечения конкретного больного.
4. Основной курс лечения (3-4 недели). В течение этого времени осуществляется интенсивная психотерапевтическая работа с пациентами, направленная на преодоление у них патологических проявлений психологической защиты личности, формирование критического отношения к своему заболеванию и установки на дальнейшую трезвость. Для осуществления реабилитационного процесса после выписки из стационара ведется подготовка больного к включению в сообщество АА/АН.

В течение всего периода лечения пациенты обеспечиваются необходимым медикаментозным лечением и наблюдением врачей.

За основу лечебно-реабилитационной программы взята так называемая Миннесотская модель организации психотерапевтической помощи больным алкоголизмом и наркоманией. В этой модели сочетаются все направления психологической и социальной помощи на основе философии программы «12 Шагов». В ней также может использоваться весь спектр специалистов – наркологи, психотерапевты, психологи, специалисты по социальной работе и социальные работники (консультанты). Подобная модель наиболее подходит для организации системных программ лечения больных с химической зависимостью в условиях постоянного поступления на лечение в стационарные наркологические подразделения большого количества пациентов.

Обоснование подключения психотерапевтических и реабилитационных мероприятий на различных этапах лечебного процесса

Психотерапия и реабилитация больных зависимостью подразумевает достаточно длительное участие пациентов в мультидисциплинарном по своей направленности лечебном процессе. Лечение должно охватывать все виды нарушений, которые имеются у пациентов с зависимостью от ПАВ, учитывая наличие у них патологических процессов на психобиологическом, психологическом и социально-психологическом уровнях. В связи с вышесказанным можно выделить отдельные этапы в терапии этой болезни и сообразующиеся с этими этапами методы психотерапевтического и реабилитационного воздействия. Это:

1. Дезинтоксикация, лечение абстинентного синдрома.

Кроме медикаментозного лечения, наиболее важным на этом этапе должно быть привлечение пациента к дальнейшей продолжительной по времени психотерапии, так как это единственное время, когда у пациента практически нивелировано патологическое действие механизмов психологической защиты. Если болезненные физические симптомы сняты, пациент снова начинает использовать отрицание, рационализацию и прочие виды психологической защиты для оправдания своего злоупотребления алкоголем/наркотиками. Действие такого рода патологических процессов значительно усложняет вовлечение больного в дальнейшие лечебно-реабилитационные мероприятия.

2. Социальная и психологическая реабилитация.

Основной задачей этого этапа является личностное восстановление пациента и формирование у него адекватной оценки его реального «Я» с целью дальнейшего использования им вновь открытых личностных возможностей в обеспечении полноценного внутреннего – психологического и внешнего – социального функционирования. Наиболее эффективно данная задача осуществляется с помощью специалистов, оказывающих психотерапевтическую, психокоррекционную и социальную помощь больным, а также при использовании самим пациентом программы «12 Шагов» и групп Анонимных Алкоголиков/Анонимных Наркоманов в виде ресурса для становления и утверждения своей будущей трезвой жизни.

3. Адаптация в социальной среде.

Важным аспектом является восстановление социальных контактов и изменение образа жизни больного с зависимостью. Без данного этапа возможность поддержания трезвости человеком, страдающим зависимостью от ПАВ, значительно затрудняется. Здесь особенно важна поддержка больного на собраниях групп само- и взаимопомощи (АА/АН, и пр.), а также помощь специалистов социального и психологического профиля в формировании у пациента адекватных стратегий взаимодействия с окружающими его людьми.

На основании вышесказанного можно говорить о необходимости участия специалистов по психосоциальной реабилитации больных с зависимостью от ПАВ на всех этапах лечения. Для программы главным должно стать максимально эффективное использование вышеназванных специалистов в структуре стационарной помощи.

Особенность включения психотерапевтических и реабилитационных мероприятий в процесс стационарного лечения больных алкоголизмом заключается также в том, что лечебная программа

отделения состоит из ряда разделов, к которым относятся: информационно-познавательный раздел, программа «12 Шагов», групповая психотерапия, индивидуальная психотерапия и семейная терапия. Они будут подробно рассмотрены ниже.

Сочетание фармакотерапии и психотерапии в условиях стационарного отделения с интенсивной лечебно-реабилитационной программой

В психотерапевтическом отделении значимым является вопрос о сочетании фармакотерапии и психотерапии. Применение психотропных препаратов во время психотерапии значительно снижает ее эффективность. Однако в тех случаях, когда без применения таких лекарств пациента сложно удержать в программе, приходится искать рациональные способы сочетания лечения с помощью психотерапевтических методик и медикаментов.

Совершенно обоснованным является применение психотропных средств в системе дезинтоксикационных мероприятий. Дальнейшее использование этих медикаментов должно быть более осторожным: необходимо учитывать психологическое состояние пациента, особенно в момент подключения к психотерапевтическим занятиям, степень проявления им отрицания болезни, наличие обострения патологического влечения к алкоголю/наркотику и многие другие факторы. Для наиболее рационального подключения пациента к психотерапевтической программе достаточно осуществлять фармакокоррекцию вышеназванных нарушений в течение не более 7-10 дней с момента поступления, в зависимости от степени тяжести и длительности абстинентного синдрома. Обычно отмена психотропных препаратов осуществляется на 3-5 день дезинтоксикационного лечения, но в ряде случаев целесообразно продолжать терапию ими до 14 дней. Желательно использовать препараты, не вызывающие перекрестную с алкоголем/наркотиком зависимость:

- сонапакс 10 мг – 2-3 раза в день;
- этаперазин от 15 мг до 30 мг – 2-3 раза в день;
- тиопридал 100 мг – 2-3 раза в день;
- неулептил 1 к. – 2 раза в день (применяется очень редко) и пр.

Если после проведенного лечения больной не может включиться в психотерапевтический процесс или активно уклоняется от него, целесообразно его перевести в обычное отделение с целью дальнейшей фармакокоррекции его психопатологического состояния.

Применение иных медикаментов, например, для лечения у пациентов соматических заболеваний, возникших в период алкоголизации/наркотизации или являющихся ее следствием, совершенно оправданно и не снижает эффективность психотерапии. Противопоказанием для психотерапии в подобных ситуациях является только тяжелое соматическое состояние больного, если имеется необходимость продолжения дальнейшего лечения соматической патологии в специализированных отделениях наркологической больницы или иных медицинских учреждениях.

4.3. Организационные подходы к лечебно-реабилитационной программе

Лечебно-реабилитационная программа, разработанная в ходе исследования и апробированная в практической работе в психотерапевтическом отделении МГНБ № 19, формируется из нескольких различных по содержанию и особенностям психотерапевтического воздействия на пациентов структурных разделов.

1-й раздел - привлечение и адаптация пациентов к использованию помощи, которую предоставляет сообщество АА/АН. Этот раздел программы подробно представлен в III главе.

2-й раздел программы – познавательно-информационный.

3-й раздел – психотерапевтическое (психокоррекционное) воздействие в малых группах.

4-й раздел – индивидуальная психотерапия (консультирование).

5-й раздел – семейная терапия.

Все эти разделы описываются ниже.

Расписание психотерапевтических мероприятий с пациентами в отделении и его обоснованность

Особое значение для повышения эффективности лечения больных в отделении с интенсивной лечебно-реабилитационной программой имеет рациональное распределение в течение рабочего дня различных по направленности и эмоционально-психологической нагрузке психотерапевтических и реабилитационных мероприятий.

Прежде всего, необходимо рассматривать интенсивность и очередность различных занятий, в которых должны участвовать пациенты. К концу или в течение лечебного дня пациент не должен испытывать интенсивную усталость, как физическую, так и эмоциональную. Выраженная усталость у пациентов может появляться в процессе прохождения лечебной программы, в основном, при чрезмерной нагрузке, когда расписание слишком насыщено, или же, наоборот, при недостаточном участии их в лечебно-реабилитационном процессе, когда возникает скука от бездеятельности. Усталость от участия в программной работе, появившаяся у пациентов, обычно приводит их к сопротивлению процессу лечения, а также к ухудшению показателей удержания больных в стационаре, т.е. увеличивается выписка пациентов за различные нарушения режима отделения. Соответственно, основным критерием правильности составления расписания ежедневной лечебной работы является удержание пациентов в отделении. Максимального результата по вышеназванному критерию удается добиться, соблюдая следующие принципы при составлении ежедневного расписания:

- разнообразие лечебного процесса по динамике;
- разноплановость (разнообразие) занятий по информационной и эмоциональной насыщенности;
- возможность для пациента в течение лечебного дня иметь достаточно времени для отдыха.

Наиболее оптимальным расписанием психотерапевтических мероприятий, согласно нашему опыту, отвечающим таким принципам, является следующий распорядок дня:

- Утренняя лекция или тренинг. Длительность 30-50 минут. Должны проходить после завтрака.
- Занятия в малых группах. Длительность 60-90 минут. Начинаются после первой лекции с интервалом через 15-30 минут.
- Послеобеденная лекция или тренинг. Длительность 30-50 минут. Желательно проводить не ранее, чем через 45-60 минут после приема пищи.
- Вечерние занятия (тренинг) по ознакомлению с работой сообщества АА/АН и программой «12 Шагов». Длительность – два занятия подряд по 30-50 минут каждое, с интервалом в 15-20 минут.

С учетом особенностей работы служб, обеспечивающих работу больницы (в первую очередь столовой), в отделении сложилось наиболее оптимальное для прохождения в нем лечения расписание занятий и распорядок дня:

08.00.	Подъем для пациентов. Утренний туалет, уборка палат.
09.00. - 10.00.	Выполнение медицинских назначений (инъекции, пероральные медикаменты и пр.). Время для выполнения индивидуальных заданий.
10.00. - 10.30.	Завтрак.
10.30. - 11.00.	Время для отдыха.
11.00. - 11.45.	Лекция или тренинг.
11.45. - 12.00.	Перерыв.
12.00. - 13.30.	Занятия в малых группах.
13.30. - 14.00.	Обед.
14.00. - 15.00.	Время для отдыха, индивидуальных занятий с психологами и специалистами по социальной работе.
15.00. - 15.45.	Лекция или тренинг.
16.00. - 18.00.	Время для прогулок, спорта, посещений родственников, индивидуальных занятий с социальными работниками.

18.00. - 18.30. Ужин.
18.30. - 20.15. Вечерние занятия с учетом перерыва.
20.15. - 23.00. Время для выполнения индивидуальных заданий. Личное время.
23.00. Отход ко сну.

Строгое соблюдение подобного распорядка дня позволило добиться максимального удержания пациентов в лечебной программе. В 1995 году в расписании отсутствовала вторая (дневная) лекция; соответственно отличаются и категории случаев досрочной выписки за нарушения режима отделения (за опьянение, отказ от лечения, самовольный уход и пр.).

1995 год: выписка за нарушения режима составила 50,7% от поступивших на лечение пациентов;
1996 год: 33,1%;
1997 год: 31,6 %;
1998 год: 30,2 %.

В течение 1996 года (3 месяца) и 1997 года (2 месяца), в связи с отпусками сотрудников, из расписания занятий была исключена 2-я лекция, что также оказало отрицательное влияние на удержание пациентов в лечебной программе: в эти месяцы увеличилась выписка за нарушения режима – 1996 год: 46,3% - 47,5% - 47, 8% по месяцам соответственно; 1997 год – 47,5% - 46,4% по месяцам соответственно. Дальнейшее улучшение в 1998 году показателя удержания пациентов на лечении связано, очевидно, с другими причинами, например, с улучшением психотерапевтической работы.

Особое внимание следует уделить составлению расписания информационно-познавательной части программы. Лекционный и тренинговый материал, который предлагается пациентам в процессе лечения, может оказывать на больного сильное эмоциональное воздействие. Учитывая эту особенность, можно предположить, что если вовремя не купировать возникшее у больного измененное эмоциональное состояние психотерапевтическими методиками, то можно с высокой долей вероятности ожидать обострения патологического влечения и, как следствие, того или иного нарушения режима. Такое предположение подтверждается данными количества «срывов» у пациентов, которое было отмечено уже в период формирования тематического расписания для информационно-познавательной части программы. Наблюдение позволило выделить наиболее эмоционально тяжелые для восприятия пациентов темы лекций, а также наиболее сложные для усвоения сочетания отдельных лекционных тем в течение дня.

Лекции: «Биохимия зависимости», «Игра «Алкоголик»», «Симптоматика срыва», «Этапы выздоровления» – вызывали у больных наиболее выраженное эмоциональное напряжение, которое необходимо было преодолевать в ходе групповой терапии не менее 2-х занятий. Если эти лекции ставились в расписание перед выходными днями, когда нет занятий групповой терапией, то больные оставались один на один со своими эмоциональными проблемами, что увеличивало число нарушений режима за субботу и воскресенье пациентами отделения (на 10,3% – 1997 год) по сравнению с выходными днями, перед которыми эти лекции не читались. Соответственно, было принято решение о включении этих лекций в расписание на неделю не позднее утренней лекции в четверг.

Сочетание в течение одного лечебного дня двух лекций из следующего списка тем: «Обида», «Чувство вины», «Одиночество», «Депрессия» – приводило к тем же результатам, что и в предыдущем случае. Особенно это отражалось на состоянии пациентов, если эти лекции сочетались в расписании в четверг и/или пятницу. В связи с этим при составлении расписания было решено не ставить совместно эти лекции в течение одного дня. Однако было также выявлено, что если данные лекции ставятся в расписание в паре с какой-либо иной лекционной темой, то такое сочетание не оказывает выраженного эмоционального влияния на больных.

Организация работы со средним и младшим медицинским персоналом в стационарном отделении с интенсивной лечебно-реабилитационной программой

В связи со спецификой работы среднего и младшего медицинского персонала в психотерапевтическом отделении для больных зависимостью решается задача по переориентации его от простого наблюдения за больными на комплексное обслуживание пациентов, которое включает в себя:

- медикаментозную терапию;
- поддержание и соблюдение санитарного режима отделения;
- учет особенностей наблюдения и ухода за пациентами в условиях психотерапевтического отделения;
- поддержание психотерапевтических и частичная реализация реабилитационных мероприятий в отделении, включая способность объяснить пациентам и их родным основные принципы организации лечебной, психотерапевтической и реабилитационной помощи в отделении;
- участие в создании особой реабилитационной среды в отделении: доброжелательная обстановка; гуманное отношение к пациентам; повышенная культура обслуживания; наблюдение за неукоснительным соблюдением правил, направленных на формирование лечебно-охранительного режима в отделении, как со стороны пациентов, так и со стороны всего персонала, занятого в лечении больных.

Врачами, психологами и социальными работниками отделения регулярно проводятся занятия со средним и младшим медицинским персоналом по различным параметрам (характеристикам) поражения личности и организма у больных зависимостью, особенностям психопатологических проявлений в период их лечения.

Таким образом, сочетание медикаментозного и психотерапевтического лечения и дифференцированных рабочих режимов позволяет координировать работу отделения в соответствии с клиническими показаниями.

Отчетная документация отделения

Для улучшения структуризации лечебного процесса, качества психо- и социодиагностики, а также для отслеживания динамики состояния отдельных пациентов и функционирования групп больных в отделении была разработана и введена в практику дополнительная специальная отчетная документация.

Она включает «Тетрадь учета психотерапевтической работы» и «Тетрадь консультативной работы», которые индивидуально ведут психологи, психотерапевты и специалисты по социальной работе. В документации отражается объем выполненной работы в течение всего рабочего дня, как всего состава отделения, так и отдельных специалистов, отмечаются изменения в составе пациентов, распределение их по тем или иным психотерапевтическим мероприятиям. Кроме того, в тетрадях, которые заполняют специалисты - ведущие психотерапевтические групп, фиксируются особенности функционирования группы в целом, поднятые и проработанные в них темы и т.д. Достаточно хорошо помогает отслеживать изменения в работе групп график «Недельная динамика группового процесса в малой группе».

Облегчить и сделать более качественной психо- и социодиагностику пациента помогают «Бланк психосоциальной оценки», «Опросник для пациента», бланк «Карта социального обследования на дому». Эта документация заполняется до 10-го дня пребывания пациента в программе.

Для работы по освоению методологии сообщества АА/АН используются опросники для проработки «Первого Шага» программы, а также различные буклеты, помогающие пациентам в доступной для их восприятия форме осознать имеющиеся у них проблемы, связанные с потреблением ПАВ, и увидеть преимущества преодоления зависимости по методологии АА/АН.

Динамика изменений личности и поведения пациентов в процессе прохождения ими групповых психотерапевтических мероприятий отслеживается в бланке «Индивидуальная динамика пациента

в ходе групповой психотерапии» и графике «Недельная динамика функционирования пациента в групповом процессе (малые группы)».

Дополнительно социальными работниками отделения ведется «Тетрадь наблюдений», где в произвольной форме описываются особенности восприятия отдельными пациентами проводимых консультантами вечерних занятий, вопросы, с которыми больные подходили для консультации, полученные на эти вопросы ответы.

4.4. Организация лечебно-реабилитационной среды

Для организации полноценного психотерапевтического процесса в стационарных условиях необходимо учитывать особое построение взаимоотношений между персоналом и пациентами отделения. Не менее важную роль во взаимоотношениях между пациентами отделения играет обеспечение надлежащего уровня безопасности и защищенности социально адаптированных, заинтересованных в лечении пациентов от проявлений деструкции по отношению к ним со стороны больных, не мотивированных на лечение и использующих в связи с этим агрессивные, манипулятивные и провокационные формы поведения. В связи с этим следует выделить некоторые аспекты так называемой средовой или социальной терапии, которые реализуются в отделении:

- отношение персонала к больным должно быть уважительным, ровным и благожелательным, независимо от личностных особенностей того или иного пациента;
- больному не навязывается позиция «Ты болен алкоголизмом/наркоманией» – ему предлагается самому сделать выбор, болен ли он или нет, по мере получения им информации о болезни и ее индивидуальных проявлениях, а также после личностной проработки этой информации в ходе групповой терапии;
- четкие, ясные, понятные всем правила работы отделения, выполнение которых обязательно для всех – как для персонала, так и для пациентов;
- в отделении действует принцип «открытых дверей» – в любой момент пациент вправе покинуть лечебную программу;
- лечение в отделении является конфиденциальным, т.е. после прохождения полного курса лечения больной не ставится на учет в НД;
- решение проблем внутри отделения осуществляется совместно, всем составом персонала и пациентов, на общих регулярных внутриотделенческих собраниях;
- при отделении работает «Клуб пациентов программы», в котором проводятся регулярные встречи «бывших» пациентов, проходивших ранее лечение в отделении и имеющих опыт излечения, и пациентов, находящихся на лечении, что также дает определенный психотерапевтический эффект;
- регулярно организуется посещение отделения волонтерами из сообщества АА/АН для бесед с пациентами, что лишний раз демонстрирует состоятельность методики «12 Шагов» как достаточно эффективной системы реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ.

Режим психотерапевтического отделения отличается доброжелательностью, демократичностью и духом единения всех его сотрудников и пациентов. Доброжелательное отношение со стороны персонала поощряет выражение каждым пациентом своих чувств и соответствующего отношения к окружающим его лицам в безопасной социотерапевтической обстановке. Такая открытая по отношению друг к другу позиция помогает персоналу и пациентам правильнее строить между собой терапевтические взаимоотношения. Терапевтический контакт с персоналом, занятым в психотерапевтической и реабилитационной части программы, достигается и путем минимизации внешних различий, т.е. отказа от специальной формы одежды, как у персонала, так и у пациентов. Кроме этого, допустимо обращение к представителям персонала по имени во время групповых или ин-

дивидуальных психотерапевтических занятий, что, однако, не означает «панибратства» между персоналом и больными.

Установление определенных психологических границ между персоналом и пациентами (часто плохо понимающими необходимость определенной дистанции в межличностных отношениях с разными людьми, включая отношения «психотерапевт (медперсонал) – пациент»), а также, в противовес этому, соблюдение определенных правил, упомянутых выше, для установления максимального психотерапевтического контакта – достаточно сложная задача. Решить ее порой под силу только специалисту, хорошо владеющему знаниями об особенностях взаимоотношений «специалист – пациент» в условиях наркологического стационара, о психологических изменениях, возникающих у больных с зависимостью от ПАВ в процессе формирования болезни и преодоления ее, и хорошо ориентирующемуся в своей собственной личности, особенностях своего реагирования и т.д. Подготовка персонала, занятого в психотерапевтическом и реабилитационном процессе, соответственно, должна включать не только обучающие программы для знакомства с необходимой для работы информацией, но и включение в терапевтические процессы, позволяющие будущему специалисту решить собственные эмоционально-личностные проблемы, чтобы они негативно не влияли во время работы на динамику построения взаимоотношений с пациентами.

Для упрощения контактов с пациентами специалист, занятый в психотерапевтической и реабилитационной программе, персонально с каждым больным обсуждает систему взаимоотношений, например, во время занятий по групповой и индивидуальной психотерапии, социотерапии, лекций и во время общения по организационным моментам работы. Обычно, по согласованию сторон, допустимо обращение друг к другу на «Ты» и по имени в процессе индивидуальных и групповых психотерапевтических и тренинговых занятий, но в остальное время желательно обращение на «Вы» и по имени, отчеству или фамилии. Для облегчения соблюдения таких договоренностей и персонал отделения, и пациенты, проходящие в нем лечение, постоянно носят идентификационные карточки, на которых написаны Фамилия, Имя и Отчество человека, а у персонала еще указана и должность.

Правила функционирования внутри отделения для пациентов сведены к минимуму, необходимому для общей безопасности и общего благополучия. Такие правила доводятся до пациента и его родных в момент поступления больного на лечение или в первые дни его пребывания в отделении (см. Приложение № 16). Кроме того, что эти правила позволяют пациентам наиболее эффективно и быстро адаптироваться к социальной среде отделения, они еще и предупреждают пациентов о недопустимости агрессивного, манипулятивного или провокационного поведения в отношении, как персонала, так и других пациентов. Соблюдение этих правил позволяет достичь максимального уровня защиты личности персонала, а также пациентов, нацеленных на лечение, от негативных, деструктивных форм поведения больных, не желающих проходить психотерапевтическое лечение в отделении.

Однако нередко приходится отличать действия больных, которые являются следствием сопротивления лечению, и те действия, которые могут быть проявлением обострения патологического влечения к алкоголю/наркотику или особенностью изменений в психике пациента. Обычно такие болезненные проявления вполне возможно корригировать с помощью психотерапевтических технологий. Для облегчения дифференциации вышеназванных видов поведения пациентов существуют определенные правила относительно их выписки за нарушения режима из отделения:

- немедленная выписка пациента осуществляется только при нарушении им пунктов 1, 2, 9 и 10 Правил отделения;
- при активном сопротивлении психотерапевтическим мероприятиям или категорическом отказе от сотрудничества с групповым терапевтом на занятиях пациенту предлагается перевод в другие отделения больницы, а, в случае его отказа, производится выписка такого больного из отделения;
- нарушение остальных правил несет за собой следующие социальные ограничения:
  - первое замечание – пациент лишается ежедневных прогулок;

- второе замечание в течение недели после первого – лишение отпуска для посещения дома (семьи) на ближайшие выходные;
- три замечания в течение недели расцениваются как активное сопротивление лечению, и пациент выписывается из отделения.

Естественно, прежде чем применять к пациенту те или иные формы ограничений, с ним проводится разъяснительная беседа о недопустимых формах поведения внутри отделения, и ему предлагаются возможные варианты того, как возникшие у него проблемы решать в условиях отделения. Достаточно часто однократно принятые меры дисциплинарного характера и проведенная разъяснительная беседа помогают пациенту осознать деструктивность своего поведения и изменить его.

Еще одним важным компонентом социальной адаптации является поощрение пациентов разрешением им прогулок на прилежащей к больнице территории и отпусков домой на субботу и воскресение. Однако такие мероприятия необходимо производить исходя из их клинического смысла для каждого конкретного пациента. В отделении установлены временные рамки, ниже которых невозможно осуществление прогулок или предоставление отпуска.

Для больных алкоголизмом:

- прогулки разрешены с 10-го дня пребывания в отделении, длительность их – 1,5 часа;
- отпуска возможны с 14-го дня пребывания пациента в отделении.

Для больных наркоманией:

- прогулки – с 14 дня;
- отпуска – с 21 дня.

В случае систематического несоблюдения правил и режима отделения пациент, если он сразу не выписывается, то может лишиться прогулок и отпусков на одну неделю. Такое положение повышает мотивацию пациента на соблюдение режима отделения и полноценное участие в лечебном процессе.

В случае появления в отделении «отрицательного» лидера из пациентов (иногда и персонала), который начинает развивать деятельность по организации «саботажа» лечения, в том числе и другими пациентами, приходится применять другие, нежели описанные выше, методы выявления и исправления нарушений. Выявление начальных проявлений саботажа лечения в отделении, возникающего под воздействием отрицательного лидера, а также выявление его самого – непростая задача. Обычно такой больной (сотрудник) часто открыто не проявляет агрессию по отношению к лечению (отдельным его методам) и пытается завязать «дружественные» отношения с персоналом, подстроиться под требования каждого сотрудника лечебной программы. Однако у пациентов, берущих на себя роль подобного лидера, достаточно часто возникают серьезные трудности на занятиях в малой группе. Как правило, такие лица обладают более развитым интеллектом и имеют более высокий социальный статус, чем другие больные; они быстро завоевывают расположение других пациентов, особенно из категорий неустойчивых личностей и лиц, не имеющих мотивации на лечение. Основная активность сформированных таким лидером группировок пациентов направлена на дискредитацию каких-либо методик лечения, применяемых в программе, и отдельных сотрудников (или всего коллектива). Формирование даже небольшой группы пациентов под руководством «отрицательного» лидера приводит к созданию в отделении обстановки, провоцирующей даже других, мотивированных на лечение больных к проявлению агрессии в адрес персонала и саботированию психотерапевтических мероприятий. В действиях по нормализации работы отделения должен участвовать весь персонал.

В таких ситуациях необходимо применение быстрых и, иногда, радикальных способов воздействия на сложившуюся в отделении ситуацию. Подобные мероприятия должны быть направлены на нейтрализацию, в первую очередь, самого лидера, через лишение его поддержки большинством больных, а также на ликвидацию последствий его деятельности. Допустимо применять достаточно жесткие меры, вплоть до выписки такого больного из отделения. Как правило, если ситуация формирования «саботажной группы» деструктивным лидером была персоналом вовремя не выявлена или запущена, отделение вслед за таким пациентом могут покинуть и другие входящие в его группу

больные (например, за различные нарушения режима, но чаще всего происходит демонстративный отказ от лечения). Необходимость применения жестких мер со стороны персонала к таким лидерам и группам пациентов для сохранения необходимого уровня защиты личности других, нацеленных на лечение, больных абсолютно оправдана.

На всех этапах нахождения пациентов в отделении обеспечивается медикаментозная и психотерапевтическая помощь по купированию патологического влечения к алкоголю/наркотику и проявлений специфического поражения социопсихических процессов функционирования у больных. Соответственно, фактически все нарушения режима отделения пациентами, в первую очередь, связанные с опьянением, агрессией или отказом от лечения, расцениваются как сопротивление лечению.

Участие пациентов в хозяйственной деятельности отделения достаточно ограничено и включает в себя, в первую очередь, помощь младшему и среднему медицинскому персоналу в обеспечении повседневных потребностей отделения: доставка питания, сменного постельного белья, уборка рабочих помещений отделения и палат. Для организации такой помощи персонал отделения составляет график дежурств пациентов как по отделению, так и по палатам. Отказ пациента от участия в жизни отделения наказывается дисциплинарно.

Очень важную роль для формирования терапевтической среды внутри отделения играют ***общие собрания***, в которых участвуют как персонал, так и пациенты, а также участие пациентов в жизнеобеспечении отделения. На общих собраниях отделения решаются вопросы взаимодействия персонала и пациентов, разбираются возникшие в связи с этим проблемы. До пациентов доводится информация об изменениях в работе отделения, о возможностях пациентов по наиболее успешному прохождению лечения и реабилитации в условиях стационара и об организационных мероприятиях, обеспечивающих эти возможности. Не менее важными являются выступления пациентов, готовящихся к выписке по окончании лечения. Такие выступления обычно достаточно спонтанны, в них звучат слова благодарности персоналу отделения, рассказы об изменении восприятия лечения и поведения внутри отделения по мере углубления в психотерапевтический процесс. Такие рассказы помогают вновь поступившим пациентам заметить в своем поведении или мыслях те же негативные тенденции, что были в начале лечения у выступающих. Несомненно, что такие мероприятия позволяют вновь поступившим пациентам более эффективно и быстро интериоризировать опыт, выписывающихся больных, что положительно отражается на их дальнейшей социальной адаптации в условиях стационарной программы, повышает степень доверия к персоналу, занятому в лечебном процессе. Общие собрания проводятся 1 раз в неделю по пятницам (перед выходными). На них выступают пациенты, которые выписываются на следующей после собрания неделе. Собрание проходит в большом лекционном зале отделения с определенным образом расставленными креслами. Позиция расположения мест пациентов позволяет наиболее полно видеть всех больных, участвующих в собрании, и оценивать их реакцию на происходящие события.

Иногда появляется необходимость проведения дополнительных общих собраний, если в отделении возникает непредвиденная ситуация или кризис, связанный, например, с поведением пациентов (саботаж занятий и пр.). Если надо выработать общую позицию, которую необходимо донести на собрании до пациентов, по какому-либо вопросу относительно дальнейшего функционирования отделения, персонал проводит совещания до начала встречи с пациентами. Кроме того, в обязательном порядке персонал встречается после каждого общего собрания, чтобы обсудить и проанализировать его результаты и итоги наблюдения за поведением больных на собрании. Такой анализ позволяет в дальнейшем более дифференцировано строить индивидуальные программы для конкретных пациентов.

Дополнительно персонал ежедневно проводит оперативные совещания для решения практических вопросов и выработки направлений психотерапевтической и социальной работы на перспективу. На таких собраниях достаточно легко выясняются все вопросы функционирования отделения и программы и разрешаются возникшие в связи с этим проблемы.

Для формирования и поддержания эффективного воздействия на пациентов средовой (социореабилитационной) терапии необходима организация слаженной работы всего персонала отделения. Если персонал в своей среде не способен разрешать конфликты и приходить к единой точке зрения по той или иной проблеме, то требовать от пациентов соблюдения правил поведения в отделении и принятия ими положений лечебной программы в такой ситуации — малопродуктивное занятие. Кроме того, неспособность коллектива совместно решать возникшие проблемы и избегать конфликтов из-за разногласий по каким-либо вопросам пагубно воздействует на состояние и поведение больных.

В процессе формирования «команды» сотрудников отделения часто возникают проблемы, которые связаны с противопоставлением друг другу специалистов той или иной направленности. В случае возникновения подобной ситуации необходимо провести беседу с такими сотрудниками о соблюдении ими должностных инструкций, которые определяют уровень их профессиональной компетентности и степени участия в лечебной программе. Кроме того, в психотерапевтическом коллективе недопустимы разногласия относительно методик, которые применяются в отделении. Если эти разногласия приводят к широкому обсуждению с подключением пациентов, то от сотрудников, вызвавших такую дискуссию, если их поведение невозможно скорректировать, надо немедленно избавляться. Малейшая напряженность в коллективе персонала тотчас же отражается на функционировании всего отделения и приводит к ухудшению состояния пациентов. Чаще всего подобные негативные внутренние процессы в среде персонала приводят к появлению среди пациентов попыток саботажа лечения и неуправляемого поведения, вследствие чего учащаются нарушения режима. У отдельных больных в таких ситуациях часто возникает агрессия к сотрудникам отделения и/или к другим пациентам.

В соответствии с основными требованиями практики социальной терапии персонал берет на себя специфическую роль, определяемую кругом профессиональных обязанностей членов лечебного коллектива. Но при этом каждый специалист обязательно должен ощущать себя членом команды. Выполняя свои профессиональные обязанности, участникам программы необходимо исходить из общего социотерапевтического подхода. Возникающие в процессе работы ситуации и проблемы межличностного характера должны открыто и честно обсуждаться и разрешаться с участием всех сотрудников лечебного коллектива. Такой способ решения производственных проблем помогает разделить власть и ответственность за принятие решений между разными подразделениями и службами, что одновременно помогает сократить «социальную дистанцию» между сотрудниками. Однако коллективный подход к решению проблем не должен означать отсутствия власти и персональной ответственности каждого за свой участок работы. Один из парадоксов формирования психотерапевтического отделения состоит в том, что цели демократизации и разделения ответственности лучше всего достигаются при «диктатуре доброй воли», осуществляемой «харизматическим лидером».

Руководителем программы (отделения) должен быть специалист, который достаточно хорошо ориентируется во всех структурных составляющих программы отделения: лечебной, психотерапевтической и реабилитационной. Он также должен обладать хорошими организаторскими способностями, пользоваться авторитетом и уважением персонала и пациентов отделения. Личные качества такого руководителя не менее важны, чем его профессиональная подготовка. Следует отметить необходимость наличия таких качеств, как:

- справедливость;
- профессиональная компетентность;
- психотерапевтическая интуиция;
- наличие достаточного жизненного опыта;
- эмоциональная адекватность;
- достаточная жесткость и последовательность при выполнении принятых решений;
- личное обаяние;
- умение брать на себя ответственность – и многое другое.

К основным задачам руководителя отделения можно отнести:

- формирование «команды» сотрудников отделения (программы), т.е. кадровые вопросы;
- формирование социально-реабилитационной среды в отделении, мобилизация для этого всех его сотрудников;
- осуществление мероприятий по поддержанию стабильного состояния социально-реабилитационной среды в отделении;
- осуществление мероприятий по поддержанию необходимого уровня защиты личности пациентов и персонала от деструктивных проявлений со стороны больных, не мотивированных на лечение или неспособных адекватно функционировать в условиях отделения;
- принятие окончательного решения по неоднозначным, спорным вопросам работы отделения: изменение принципов и методологии работы в области лечебно-реабилитационного процесса, изменения в социальной структуре отделения, решение вопросов выписки пациентов – нарушителей режима отделения и т.д.

Особо следует отметить возможность для лидера, без последующего нарушения структуры социально-реабилитационной среды, вносить предложения по временным или единичным отступлениям от правил функционирования отделения. Например, в силу клинической целесообразности руководитель отделения может оставить в нем пациента, даже грубо нарушившего режим, но осознавшего свое неадекватное поведение, или пациента, неспособного полностью адекватно участвовать в программе в силу особенностей нарушений личности. Обычно в таких случаях сотрудники программы говорят пациенту о своем отношении к его поведению, но делают оговорку, что окончательное решение все равно будет принимать руководитель программы. Как правило, подобные нарушающие правила отделения решения принимаются руководителем только после обсуждения возникшей ситуации со всем лечебным коллективом. Для снятия напряжения в среде пациентов, возникающего в ответ на описанные выше действия со стороны руководства, необходимо аргументировано объяснить больным причины принятия подобного решения. Если решение принято неверно или аргументы за его принятие недостаточно убедительны, может возникнуть напряженность в отношениях между персоналом и пациентами, которая в дальнейшем достаточно часто приводит к нарушению или сбою в социальной среде отделения.

«Клуб пациентов» является еще одним из компонентов формирования социореабилитационной среды отделения. После выписки из стационара пациенты поощряются к поддерживанию контактов с сотрудниками отделения. Для этой цели в отделении и создан так наз. «Клуб выпускников программы». Главная задача этого формирования – облегчить доступ бывших пациентов для посещения отделения с целью общения с больными, находящимися на лечении, и для консультаций у сотрудников отделения. Контакты с лечащимися пациентами проходят под контролем социальных работников отделения и протекают по определенным правилам, схожим по своей структуре с так называемыми «спикерскими» собраниями в сообществе АА/АН. Проходят такие встречи два раза в неделю по четвергам. На них пациенты делятся опытом своего восстановления по программе «12 Шагов» сообщества АА/АН, которое они начали после лечения в психотерапевтической программе отделения. Кроме того, участники «Клуба выпускников» могут предложить больным, выписывающимся после лечения, помощь для более рационального включения таких пациентов в программу реабилитации сообщества АА/АН.

Наиболее интересно и празднично в рамках работы «Клуба выпускников» проходят «Годовщины» образования программы. Сотрудники отделения оповещают всех тех, кто раньше проходил лечение в программе, и приглашают их на встречу, которая происходит каждый год в последний четверг октября. Обычно приходит достаточно большое количество бывших пациентов. Они на общем собрании отделения рассказывают о своем опыте восстановления, в том числе по программе АА/АН, и о своих жизненных успехах.

Несомненно, такое системное функционирование «Клуба выпускников» оказывает огромное психотерапевтическое воздействие на пациентов, находящихся на лечении в отделении.

Одним из недостатков социально-реабилитационной среды, сформированной в отделении, является затруднительность положения пациентов, которым не подходит участие в подобной социальной системе: у них практически нет выбора – им остается только покинуть отделение. К таким пациентам относятся, в первую очередь, социально дезадаптированные больные из числа лиц – БОМЖей и больных, имеющих в анамнезе судимости за уголовные преступления с отбыванием длительных сроков наказания в исправительных учреждениях.

4.5. Познавательно-информационный раздел программы. Краткое содержание и особенности его реализации

Особенностью 2-го, познавательного (информационного) раздела лечебно-реабилитационной программы является интенсивность по временной и содержательной насыщенности в течение лечебного дня лекционного и тренингового материала. Необходимо выделить способ подачи информации, который значительно отличается от чтения обычных учебных лекций. Основное отличие заключается в том, что материал преподносится в виде диалога, беседы с пациентами. При этом используются примеры, наиболее понятные больным зависимостью, и метафоры, рассчитанные на специфику их образного мышления. Наиболее интересным в этом плане можно считать объяснение пациентам в достаточно доступной форме основ структурного, трансактного, сценарного анализа и анализа игр по Эрику Берну. Это позволяет за достаточно короткий период времени сформировать у пациентов понимание наиболее часто встречающихся как позитивных, так и негативных паттернов поведения, на которые им следует обратить внимание в процессе последующего формирования трезвого образа мышления и жизни.

Во время проведения лекций и тренингов важно добиться не только того, чтобы пациенты понимали, о чем идет разговор, но и активно участвовали в нем. Одновременно в их процессе можно не столько прояснять непонятные для пациентов моменты, отвечая на задаваемые ими вопросы, сколько психотерапевтически работать в этот момент с различными психологическими защитами, демонстрируемыми больными с зависимостью.

Для отделений с постоянно поступающими пациентами важно подключать больных к познавательному процессу без потери ими смысловых связей в информационном поле программы. Для этого информационный материал формируется в виде блоков (циклов), посвященных разным уровням поражения при болезнях зависимости от психоактивных веществ: 1) биологическому; 2) психологическому; 3) социальному; 4) духовному; 5) об общем подходе к лечению больных с зависимостью; 6) о проблемах рецидивов («срывов»).

Учитывая, что вся программа отделения направлена на ориентацию пациентов на прохождение дальнейшей реабилитации в сообществах АА и АН, необходимо темы вечерних занятий, проводящихся консультантами, сочетать с дневными лекционными темами, то есть информационно рассматривать те же аспекты и уровни нарушений при зависимости с точки зрения и специалистов, и членов сообщества АА/АН.

Информационный материал программы состоит из лекций, в основном составленных и структурно разработанных специалистами отделения.

ПЕРЕЧЕНЬ ЛЕКЦИЙ (день)

1. Что должен знать пациент о режиме отделения.
2. Биохимия алкоголизма и наркомании (видео).
3. Кривая Джеллинека 1.
4. Биохимия зависимости.
5. Кривая Джеллинека 2.
6. Этапы выздоровления от зависимости.
7. Общие знания о лечении алкоголизма (зависимости).

8. Методы лечения алкоголизма (зависимости) и программа «12 Шагов».
9. Групповая динамика в малой группе.
10. Обратная связь и как ее использовать в малой группе.
11. Механизм принятия решений и процесс личностного восстановления и преодоления зависимости.
12. Негативное и зависимое мышление.
13. Чувства.
14. Введение в трансактный анализ.
15. Механизмы психологической защиты и зависимость от ПАВ.
16. Нечестность.
17. Игра «Алкоголик».
18. Компульсивное (зависимое) поведение и процесс восстановления.
19. Честность.
20. Своеволие и отказ от упрямства.
21. Игры. Часть 1.
22. Полное согласие в отличие от уступчивости (соглашательства).
23. Напряжение.
24. Игры. Часть 2.
25. Алкоголизм (зависимость) – семейная болезнь.
26. Манипуляции.
27. Дефекты характера, мешающие восстановлению.
28. Типы жизненных сценариев. Тип сценария жизни у больных с зависимостью.
29. 10-й Шаг АА.
30. Чувство обиды.
31. Сказки, формирующие сценарий жизни больных с зависимостью.
32. Чувство вины.
33. Формирование сценария у больного с зависимостью.
34. Одиночество.
35. Гнев.
36. Ложные представления о срыве.
37. Симптомы срыва.
38. Депрессия (депрессивный синдром) и восстановление.
39. Физические симптомы, возникающие в период выздоровления.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЛЕКЦИИ (утро)

1.Генетические аспекты зависимости (разбор генограммы одного из пациентов).

РЕЕСТР ЛЕКЦИЙ (вечер)

1. Путь восстановления по системе «12 Шагов».
2. АА/АН и лечебная программа.
3. 1-й Шаг (аудио + беседа).
4. Бессилие (1-й Шаг).
5. Неуправляемость (1-й Шаг).
6. 2 и 3-й Шаги (аудио + беседа).
7. Здравомыслие.
8. Лозунги (Девизы) АА/АН.
9. «Живи одним днем». Программа «одного дня» (аудио+ беседа).
10. «Живи и давай жить другим».
11. Срыв.
12. 15 пунктов трезвой жизни.

13. Молитва о душевном покое.
14. 4 и 5-й Шаги (аудио).
15. Благодарность – способ изменения негативного и зависимого мышления.

ЛЕКЦИИ ВЫХОДНЫХ ДНЕЙ

1. Взгляд сообщества АА/АН на зависимость.
2. Методология восстановления сообщества АА/АН.
3. Принципы помощи.
4. Истории выздоравливающих в рамках программы пациентов.

На лекциях по выходным дням используются материалы, содержащиеся в литературе сообщества АА/АН: книгах «Анонимные Алкоголики», «Анонимные Наркоманы» и «Жить трезвым».

Как видно из списка вечерних лекций, которые читают социальные работники (консультанты), достаточно часто применяются аудиоматериалы – переводы лекций Д. Мартина – руководителя лечебного центра «Эшли», США. Кроме того, учитывая особое воздействие на наркологических больных средств массовой информации, для создания терапевтической атмосферы и повышения мотивации больных к лечению используются специальные видеоматериалы – фильмы и лекции. Эти фильмы демонстрируются пациентам во время вечерних занятий консультантами и затем совместно обсуждаются.

ВИДЕОФИЛЬМЫ

1. Отец Мартин 1. «Беседа с мелом у доски» (выходной день - суббота).
2. Отец Мартин 2. «12 Шагов АА» (выходной день - воскресенье).
3. «Меня зовут Bill W.». Художественный (телевизионный) фильм. США.
4. «Когда мужчина любит женщину». Художественный фильм. США.
5. «Чистый и трезвый». Художественный фильм. США.
6. «Путешествие к заокеанским алкоголикам». Телевизионный фильм. Россия.

Краткое содержание лекций информационного раздела программы и особенности их изложения

Что должен знать пациент о режиме отделения.

Лекция посвящена основным знаниям о режиме отделения и влиянии его на процесс выздоровления. Важно подчеркнуть, что без соблюдения режима восстановление не пойдет дальше, так как больной с зависимостью часто не выполняет намеченные даже собой дела, не считается с окружающими, что делает его жизнь неуправляемой и способствует потреблению им ПАВ.

Биохимия алкоголизма и наркомании (видео).

Фильм из научно-популярной серии «Mind», США, 1988 г.; переведен в отделении. В нем рассказывается о развитии научных знаний о болезнях зависимости и тех биохимических нарушениях в работе головного мозга, которые при этих болезнях происходят. В фильме имеется упоминание о программе «12 Шагов» как об одной из самых эффективных методик лечения зависимости от ПАВ.

Биохимия зависимости.

В лекции, в доступной для понимания пациентов с различным уровнем образования форме, рассказывается об основных видах нарушений в нейротрансмиттерной регуляции работы ЦНС и их формировании в процессе развития заболевания. Объясняется механизм нарушений на уровне катехоламиновой и опиатной систем регуляции работы мозга. Разбирается отношение подобных нарушений к патологическим изменениям в психологической сфере человека, страдающего зависимостью. Рассматривается вопрос о затруднениях в решении сложных ситуаций и преодолении стрессов у больных с зависимостью в период их отказа от потребления психоактивных веществ: эти затруднения происходят из-за невозможности ЦНС больных с зависимостью адекватно реа-

гировать на возникающие в их жизни изменения. Рассказывается, как программа «12 Шагов» помогает устранить отдельные патологические биохимические изменения у больных с зависимостью, позволяя им сохранять определенную стабильность собственной психики, а также преодолевать стрессовые ситуации с помощью иных механизмов, нежели потребление ПАВ.

Кривая Джеллинека 1.

Описание развития и возникновения психологических и социальных проблем в ходе прогрессирования заболевания у больных с зависимостью, сформулированное американским наркологом Е.М. Джеллинеком.

Кривая Джеллинека 2.

Описание социальных изменений в процессе личностного восстановления и преодоления химической зависимости.

Эти две лекции желательно читать работникам социальной службы, имеющим личный опыт восстановления от болезни, так как важным моментом является соответствие информативности и эмоциональности клинических примеров, подтверждающих и объясняющих положения этих лекций.

Этапы выздоровления от зависимости.

Восстановление можно описать как процесс, проходящий через несколько стадий, на каждой из которых решается ряд задач, приобретаются определенный опыт или умения, необходимые для установления сбалансированной, комфортной жизни без нужды в потреблении для этого алкоголя или наркотиков. Если отдельные этапные задачи пропущены или не решены, то будущее восстановление может стать затруднительным или осложниться, вплоть до развития рецидива. Часто недостаточный опыт трезвости приводит к стрессовым ситуациям и возникновению проблем. В этом случае трезвость становится для человека настолько невыносимой, что лучшим выходом из такой ситуации он может считать продолжение потребления.

Восстановление – это обучение больного с зависимостью нормальной, комфортной, ценностно-значимой жизни без применения психоактивных веществ. Это большее, чем просто неупотребление алкоголя или других наркотиков. Это – рост и развитие, при котором люди учатся полностью актуализировать себя.

Восстановление по программе «12 Шагов» АА/АН раскрывается в шести основных стадиях, описанных Т. Горски. Оно начинается со стадии ПЕРЕХОДА – когда происходит осознание проблем, которые вызываются употреблением алкоголя или наркотиков. Затем идет переход к стадии СТАБИЛИЗАЦИИ. Больные видят, что поддерживать трезвость нелегко. Они не могут сделать этого в одиночку. Они ищут помощи. Обычно люди, которые действительно хотят быть трезвыми, именно в этот период приходят в АА/АН.

После того, как произошла стабилизация, больные переходят к стадии РАННЕГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ. На этой стадии начинается сознательный анализ больными истории собственного потребления алкоголя или наркотиков, понимание зависимости как заболевания, осознание того, что произошло с ними самими и их близким окружением. Пациенты учатся принимать зависимость и решать проблемы, связанные с чувством вины, стыда, болезненными эмоциями, рассматривая их как следствие заболевания. Затем начинается стадия СРЕДНЕГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ, на которой исправляются те нарушения, которые возникли в результате зависимости, и продолжается продвижение вперед, к установлению у больного алкоголизмом или наркоманией сбалансированной жизни. Это подготавливает больных с зависимостью к стадии ПОЗДНЕГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ, на которой ими осознаются те проблемы, источники которых заключены в детстве и которые снижают качество восстановления, а также мешают обретению комфортной жизни в трезвости и провоцируют возобновление потребления ПАВ. После проработки и решения вышеперечисленных проблем начинается последняя стадия – ПОДДЕРЖАНИЕ. На этой стадии работа больного над собой направлена на то, чтобы достигнуть социально значимой, комфортной жизни, в которой не возникает потребности в потреблении алкоголя или наркотиков. Продолжа-

ется дальнейшее осознание своей болезни и проведение мероприятий, направленных на преодоление возможности развития рецидива.

Важной частью этой лекции является соотнесение перечисленных этапов восстановления с той помощью по их прохождению, которую получают больные с зависимостью в программе «12 Шагов» и сообществе АА/АН.

Общие знания о лечения алкоголизма (зависимости).

В лекции описываются основные подходы к лечению и психотерапии зависимостей в условиях стационарного отделения с интенсивной психотерапевтической и реабилитационной программой, использующей принципы программы «12 Шагов»».

Методы лечения алкоголизма (зависимости) и программа «12 Шагов».

Лекция посвящена сравнению различных наиболее известных методик лечения зависимости и программы «12 Шагов» сообщества АА/АН в плане воздействия их на био-психо-социо-духовные корни заболевания.

Групповая динамика в малой группе.

Во время лечения пациенты проходят психотерапию и психокоррекцию в условиях малых групп. Для снятия напряжения у пациентов и максимального использования ими этого психотерапевтического пространства в период лечения читается эта лекция. В лекции описывается процесс формирования группы, возникающие во время этого процесса проблемы, пути их решения, способы защитного поведения пациентов в процессе групповой психотерапии и показатели эффективности группового воздействия. Под термином «групповая динамика» подразумевается взаимодействие участников группы. Оценивая групповую динамику, можно выяснить, носят ли отношения между участниками группы конструктивный характер, т.е. пациенты способны к совместному решению групповых задач, или деструктивный характер, когда в процессе взаимодействия во время групповых дискуссий они уходят от обсуждения той или иной возникшей темы и начинают демонстрировать свои психологические защиты с целью не разрешать болезненные вопросы, касающиеся их заболевания. Иногда взаимодействие в группе может выглядеть даже как проявление сопротивления лечебному процессу.

Обратная связь ее использование в малой группе.

Обратная связь – термин, обозначающий один из самых важных для лечения факторов среди всех видов взаимодействий пациентов, происходящих в ходе психотерапии в условиях малой группы. Чем более открыт общению пациент, тем больше возможностей как у терапевта, так и у других участников группы помочь ему осознать проблемы, позволяющие ему продолжать потребление и мешающие сформировать трезвый образ жизни. Если нет открытости в контактах (взаимодействиях) с окружающими пациента другими участниками малой группы, то такую помощь осуществить, скорее всего, не получится. Соответственно, можно, с высокой долей вероятности, прогнозировать возобновление больным потребления алкоголя или наркотиков после выписки из стационара, несмотря на наличие у него достаточно сильного желания в послелечебный период не использовать ПАВ.

Механизм принятия решений и процесс личностного восстановления и преодоления зависимости.

В лекции рассказывается о механизмах поиска и реализации решений, которые часто приходится принимать в процессе жизни всем людям, и химически зависимым в том числе, чтобы изменить те или иные негативные последствия, возникшие в результате тех или иных проблем.

Необходимо во время лекции соотносить обсуждаемые проблемы с этапом лечения больного в отделении и ходом его реабилитации в рамках программы «12 Шагов» в сообществе АА/АН.

Негативное и зависимое мышление.

Негативное мышление формируется в процессе воспитания больного с зависимостью в условиях потребляющей ПАВ или дисфункциональной семьи, алкогольное/наркотическое, зависимое – обычно в процессе формирования самой зависимости. Негативное восприятие окружающего позволяет больному с зависимостью оправдывать свое потребление, находя вокруг себя во всех

сферах жизни одни недостатки, мешающие, якобы по объективным причинам, прекратить потребление ПАВ. Алкогольное/наркотическое, зависимое мышление позволяет пребывать больному в состоянии иллюзорного восприятия окружающей действительности, что мешает ему увидеть реально имеющиеся у него проблемы.

Чувства.

Чувства или эмоции позволяют человеку ориентироваться как в своей психике, так и в окружающем мире. Чувства даны человеку также для препятствования или способствования совершению им какой-либо деятельности, и если человек попытается остановить этот процесс, подавить естественное течение эмоциональной энергии, то он может попасть в неприятную ситуацию: энергия может накопиться и у него произойдет эмоциональный взрыв. Таким образом, у любого человека чувства всегда будут стремиться проявлять себя тем или иным способом. При неумелом обращении чувства могут принести своему «хозяину» массу проблем. Это зависит от того, как больной обходится со своими чувствами: сможет ли он контролировать их проявления или они станут неуправляемыми и приведут его к саморазрушающему поведению. Не управляя своими чувствами, больной никогда не сможет обрести эмоциональный баланс, так необходимый выздоравливающему человеку.

Введение в трансактный анализ. Игра «Алкоголик». Игры.Части 1 - 2. Типы жизненных сценариев. Тип сценария жизни у больных с зависимостью. Сказки, формирующие сценарий жизни больных с зависимостью. Формирование сценария у больных с зависимостью.

Цикл лекций об основах теории Э. Берна, ориентированный применительно к лицам, страдающим зависимостью от ПАВ. Лекции посвящены разным направлениям системы Э. Берна: структурному анализу, трансактному анализу, анализу игр и сценарному анализу.

Механизмы психологической защиты и зависимость от ПАВ.

В лекции подробно разбираются основные механизмы психологической защиты больных с зависимостью, применяемые ими для оправдания своего потребления ПАВ. Особое внимание уделяется тем механизмам защиты, которые используются пациентами в условиях лечения в психотерапевтическом стационаре.

Нечестность.

Нечестность, имеющаяся у больных зависимостью, помогает им не замечать проблем, возникающих в их жизни в результате злоупотребления алкоголем или наркотиком, и достаточно комфортно продолжать потребление ПАВ. В период прекращения потребления алкоголя или наркотиков с помощью нечестности зависимый человек может, как и ранее с помощью ПАВ, избегать взаимодействия с реальностью, существующей вокруг него. Если больной человек продолжает быть нечестным с самим собой и с окружающими, несмотря даже на свое самое сильное желание оставаться трезвым, скорее всего он будет срываться, пока, наконец, честно не взглянет на самого себя и на свое отношение к другим людям.

Компульсивное (зависимое) поведение.

Компульсивное поведение можно еще назвать нехимическим видом зависимости, т.е. это такой вид поведения, который больной с зависимостью может использовать для изменения своего психофизического состояния, так же, как он раньше использовал алкоголь или наркотик. Часто в период отказа от потребления ПАВ химически зависимый человек начинает использовать компульсивное поведение для ухода от последствий воздействия возникающих в его трезвой жизни стрессов. Такой способ поведения обычно не дает ожидаемого положительного результата и вновь приводит к возобновлению алкоголизации или наркотизации.

Честность.

Честность – необходимое условие для наиболее успешного восстановления от зависимости, так как это единственный для больного зависимостью способ увидеть окружающую его реальность. Только основываясь на реальности, зависимые люди могут с наиболее высокой долей успеха ре-

шать проблемы, возникшие ранее в результате пьянства (потребления ПАВ) и возникающие по мере восстановления от зависимости.

Своеволие и отказ от упрямства. Полное согласие в отличие от уступчивости (соглашательства).

Лекции посвящены процессу преодоления у больных с зависимостью в период лечения и восстановления таких черт характера, как своеволие, упрямство и уступчивость. Если такие черты остаются у больного в период восстановления, то можно предсказать возможность развития срыва (рецидива).

Напряжение.

При любом изменении в своем социальном поведении человек начинает испытывать напряжение, которое обусловлено, в первую очередь, неизвестностью в отношении последствий такого изменения. У больных с зависимостью существует привычный способ снимать напряжение – с помощью потребления психоактивных веществ. Если больному человеку не освоить новые пути снятия напряжения, то те изменения, которые происходят в результате изменения его жизни в период отказа от потребления ПАВ, могут, вызывая накопление напряжения, вернуть его к возобновлению пьянства или наркотизации. Сообщество АА/НА предоставляет больному особые пути для снятия/уменьшения возникающего в его жизни напряжения. Все эти способы достаточно эффективно позволяют больным с зависимостью противодействовать чувству напряжения, возникающему в процессе решения проблем личностного восстановления.

Алкоголизм (зависимость) – семейная болезнь.

Алкоголизм одного из членов семьи (например, супруга) всегда отражается на психическом и физическом состоянии другого. В лекции семья рассматривается как система, по аналогии с теоретической физической системой. Когда один из составляющих семейную систему людей начинает регулярно алкоголизироваться или наркотизироваться, он становиться нестабильным по отношению к другим членам системы; соответственно, система тоже становится нестабильной. Но у любой системы есть особенность – стремление к стабилизации. Через некоторое время, даже при продолжающемся злоупотреблении ПАВ одного из членов, семейная система вновь становится стабильной. Однако этот факт в дальнейшем может негативно сказаться на процессе восстановления больного члена семейной системы: его новое поведение и образ жизни ведут к изменению в системе семейных отношений и тем самым снова вызывают дестабилизацию – такой процесс обуславливает напряжение и неосознанное сопротивление этому со стороны других членов системы (семьи). Если семейная система в этот новый для нее период жизни не изменяется, то больной либо вынужден вернуться к потреблению алкоголя или наркотиков, либо система распадается. Для стабилизации позитивных изменений в семейной системе в период прекращения потребления ПАВ одним из ее участников необходимо и другим членам семьи начать процесс по изменению сложившейся привычной ситуации. Легче всего такое изменение происходит тогда, когда зависимый посещает группы АА/НА, а его родные и близкие – группы АлАнон и НарАнон.

Манипуляции.

В лекции представляется общая теория манипулятивного поведения у больных зависимостью.

Дефекты характера, мешающие восстановлению.

В лекции рассматривается воздействие так наз. дефектов характера, имеющихся у больных с зависимостью, на процесс восстановления. Если в процессе восстановления больной не будет искоренять дефекты своего характера, то, скорее всего, проблемы, которые они ему приносили и приносят, вновь настроят его на возобновление потребления.

10-й шаг АА.

В лекции описывается методология работы по 10-му шагу программы АА/АН: «Мы продолжали самоанализ и, когда допускали ошибки, сразу признавали это». Этот шаг можно считать уникальным, так как его можно начинать делать практически с самого начала включения пациента в программу восстановления АА/АН. На первых порах, для приобретения опыта работы по этому шагу, пациенту бывает достаточно осуществлять анализ своего поведения ежедневно.

Чувство обиды.

Чувство обиды часто возникает у химически зависимых людей. Это чувство, появляющееся в результате всевозможных деструктивных контактов с окружающими людьми, наиболее полно позволяет больным с зависимостью оправдывать начало или продолжение злоупотребления психоактивными веществами. Оно также помогает оправдывать перед другими людьми и собой отказ от возможной помощи по преодолению зависимости, в том числе и профессиональной, если зависимый человек найдет или сам же спровоцирует повод для обиды на тех, кто эту помощь может ему оказать.

Чувство вины.

Зависимый человек живет с постоянным чувством вины за свое поведение в период пьянства или потребления ПАВ. С одной стороны, чувство вины, особенно перед близкими людьми, провоцирует больного на попытки изменить ситуацию со злоупотреблением, с другой, – когда чувство вины становится невыносимым, больной с зависимостью облегчает свое состояние единственным ему известным и наиболее доступным способом – потреблением ПАВ. Соответственно, на первых этапах восстановления больному наиболее важно максимально избавиться от чувства вины, чтобы вновь под его давлением не вернуться к возобновлению потребления. Признавая себя больным, зависимый человек практически решает эту задачу, так как многие негативные поступки его происходили в период обострения заболевания. В сообществе АА/НА процесс по уменьшению чувства вины идет в период работы пациента над 1-3, 8-9 и 12-м Шагами программы.

Одиночество. Гнев.

В лекциях отражаются взгляды сообщества АА/НА и программы «12 Шагов» на эти эмоциональные состояния, как наиболее способствующие возобновлению потребления ПАВ. Даются рекомендации, как необходимо работать с этими чувствами в период становления трезвости, какие возможности для этой работы предоставляет сообщество АА/НА.

Ложные представления (мифы) о «срыве».

У химически зависимых людей имеется множество неправильных представлений о «срывах» (рецидивах). Чем больше у больного с зависимостью таких неправильных представлений, тем меньше у него шансов в процессе восстановления избежать рецидива. Разбор основных неправильных представлений о срывах позволяет пациентам более адекватно подходить к симптомам приближающегося рецидива и предпринимать необходимые действия для купирования подобных состояний, в том числе с помощью методологии сообщества АА/АН.

Симптомы «срыва».

Начало рецидива характеризуется у больного с зависимостью от ПАВ с появления у него отрицания и попыток избегания нормальных способов решения проблем, что в дальнейшем может привести к риску появления в его жизни новых факторов, вызывающих рецидив. Только рассматривая в совокупности все возможные нарушения в жизни человека, страдающего зависимостью, и все предупреждающие о развитии срыва сигналы, можно понять, откуда возникает сама ситуация срыва у конкретного больного. В результате срыва у больных с зависимостью возникают серьезные проблемы как в социальной сфере, так и с физическим состоянием, т.е. разрушаются взаимоотношения с окружающими людьми, а нарушения со стороны здоровья могут привести к инвалидности или смерти. В конце концов, «сорвавшиеся» люди становятся перед единственным выбором: прекратить потребление и вернуться к выздоровлению или умереть. Такова природа химической зависимости. Если больной в состоянии принять «программу одного дня» сообщества АА/НА, он может вернуться к выздоровлению практически на любом этапе развития срыва.

В лекции рассматриваются наиболее распространенные нарушения (симптомы), предупреждающие о начале или развитии «срыва».

Депрессия.

В процессе преодоления зависимости больные встречаются с состояниями, которые называются ими «депрессией». Однако не все депрессивные состояния нуждаются в лечении у специа-

листов, и, особенно, с помощью лекарств – антидепрессантов. Различаются три вида депрессий согласно их этиологии:

1. Эндогенные депрессии. Они возникают у психически больных людей.
2. Экзогенные депрессии. Они развиваются у людей, у которых имеется какое-либо поражение головного мозга, например, травматического или токсического характера.
3. Психогенные (реактивные) депрессии. Часто возникают в связи с неадекватными личностными реакциями человека на то или иное событие в его жизни. Как правило, такие реакции определены наличием негативного и зависимого (алкогольного) способа мышления у больного с тем или иным видом зависимости.

Для химически зависимых людей наиболее характерны 2-й и 3-й вид депрессивных расстройств. Экзогенные депрессии лечатся в основном с помощью лекарств – ноотропов. Психогенные – с помощью изменения личностного реагирования больного на стрессы. Это может осуществляться и в процессе участия больного в программе восстановления по методологии сообщества АА/АН.

Физические симптомы, возникающие в период выздоровления.

Восстановление от зависимости не завершается после выписки из стационара, а продолжается еще длительное время. В этот период происходит процесс адаптации организма больного с зависимостью к новому, непривычному для него способу существования – без алкоголя и наркотика. Для больного и, соответственно, для его организма нормально существовать в нетрезвом состоянии: именно таким образом нарушена длительным приемом привычного психоактивного вещества биохимическая основа деятельности ЦНС у зависимого человека. Так как мозг человека руководит всеми физическими процессами в организме, как бы являясь их диспетчером, физическое состояние больного также зависит от наличия в его нервной системе привычного ПАВ. Когда нет наркотика или алкоголя, необходимого для работы организма, физическое состояние больного становится таким же нестабильным, как и психическое. Однако если пациент относится спокойно и разумно к тем физическим изменениям, которые возможны у него в период восстановления от химической зависимости, то он может избежать возникновения некоторых эмоциональных проблем и психических травм.

Краткое содержание видеофильмов, используемых в программе

1. ***Лекция отца Мартина 1. «Беседа с мелом у доски».***
   В лекции объясняются особенности формирования алкоголизма у людей с точки зрения социальных процессов. Доносится также точка зрения сообщества АА на процесс формирования зависимости.
2. ***Лекция отца Мартина 2. «12 Шагов АА».***
   В лекции рассказывается о воздействии программы «12 Шагов» сообщества Анонимных Алкоголиков на личность больного алкоголизмом согласно методике социальной терапии.
3. ***«Меня зовут Bill W». Художественный (телевизионный) фильм. 2 серии. США.***
   Фильм рассказывает о жизни Билла Вилсона – основателя Анонимных Алкоголиков и об истории разработки им теоретических и организационных принципов сообщества, позволивших данной методике занять достойное место в системе реабилитации больных с зависимостью.
4. ***«Когда мужчина любит женщину». Художественный фильм. США.***
   Фильм о проблемах, которые возникают в семье больной с зависимостью как в процессе развития заболевания, так и в период преодоления его.
5. ***«Чистый и трезвый». Художественный фильм. США.***
   В фильме показано, как больной «двойной» зависимостью (алкоголизм, наркомания), развившейся в результате возникших в его жизни серьезных проблем, попадает в лечебный центр, использующий в своей работе программу «12 Шагов». Акцент в фильме сделан на внутренние переживания больным с зависимостью процесса лечения и послелечебного периода восстановления от болезни.

6. ***«28 дней». Художественный фильм. США.***
   Показаны система лечения зависимости по Миннесотской модели, а также изменения в личностном восприятии окружающего пациентами по мере прохождения курса терапии.
7. ***«Путешествие к заокеанским алкоголикам». Телевизионный фильм. Россия.***
   В фильме показаны некоторые из форм помощи больным алкоголизмом и наркоманией, используемые в лечебно-реабилитационных подразделениях для больных с зависимостью от ПАВ в США. Особое внимание в этом фильме уделено рассмотрению работы лечебных и реабилитационных центров и программ, использующих в своей деятельности методологию восстановления от зависимости сообществ АА и АН.

4.6. Психотерапевтическая работа в малых группах больных с алкоголизмом в стационарном отделении с интенсивной лечебно-реабилитационной программой, использующей методологию «12 Шагов»

В данном разделе более подробно рассмотрен 3-й компонент описываемой лечебной программы – работа в малых психотерапевтических группах, – методика, которая при лечении зависимости от ПАВ имеет ряд специфических черт. Знание этой специфики позволяет наиболее рационально и эффективно использовать это особое целенаправленно формируемое психотерапевтическое пространство.

Особенности построения лечебного воздействия в малых психотерапевтических группах специализированного отделения.

Для достижения наиболее полного лечебного эффекта у пациентов на сеансах групповой психотерапии специализированного отделения (психологами, психотерапевтами) разработан способ организации работы малой психотерапевтической группы.

Необходимо указать на существенное отличие организации работы малых групп в программах, использующих стандартную Миннесотскую модель лечения больных с зависимостью, и той моделью организации групповой психотерапии, которая апробирована в отделении (программа «РЕШЕНИЕ»). В стандартной Миннесотской программе используется способ ведения малых групп, который называется «социальное консультирование» («групповая терапия» или консультирование группы пациентов специалистом). Социальное консультирование включает в себя: разбор на занятиях тем, которые выбирает ведущий группу консультант; различные виды тренингов антиалкогольного поведения; выполнение письменных заданий, которые также предлагаются консультантом согласно разработанному плану лечения пациентов, и т.д.

При таком подходе достаточно сложно учитывать индивидуальные особенности личности больных или неожиданные изменения в их психологическом состоянии во время прохождения ими курса лечения. Соответственно, в результате лечения обычно остаются недостаточно проработанными в первую очередь личностные системы отрицания и проявления механизмов психологической защиты. Пациенты же легко подстраиваются под подобный тип ведения группы. Нередко их участие в лечебном процессе ограничивается декларативными заявлениями и рассуждениями во время выполнения заданий. Иными словами, больные могут подробно обсуждать проблемы, связанные с потреблением ПАВ, но совсем не видеть и не понимать, как эти проблемы касаются их лично. «Консультант сказал: обсуждать эту тему, я ее и обсуждал, а меня эта тема не касается», – типичная фраза участников такого группового процесса. Таким образом, вышеописанная система групповой работы достаточно часто создает ситуацию, когда пациенты получают возможность переложить ответственность за свое собственное выздоровление на консультанта.

В представляемой программе работы психотерапевтического отделения учтены недостатки вышеназванного способа организации группового лечебного процесса. Для работы в малых группах реализуется психотерапевтический подход с определенной системой формирования и использо-

вания для воздействия на пациентов механизмов так называемой ***групповой терапевтической динамики***. Такой подход ориентирует усилия психотерапевта, в первую очередь, на организацию оптимальных условий для конструктивного разрешения в групповых занятиях самими пациентами тех проблем, которые у них уже имеются или возникают в ходе лечения и которые они сами же предлагают для обсуждения. Задача психотерапевта – определить, насколько принесенная пациентами в группу тема им интересна, важна и насколько пациенты готовы к ее разработке. В процессе такого выяснения психотерапевт должен работать с применяемыми пациентами механизмами психологической защиты, выводить («выкристаллизовывать») из разговоров пациентов на обсуждение всей группой ту тему, групповая проработка которой может наиболее существенно помочь больным в их дальнейшем восстановлении, и т.д.

Важный стратегический принцип, который необходимо постоянно учитывать и осуществлять в процессе групповой психотерапии, – акцент в ходе разбора различных проблемных ситуаций, актуальных для членов группы, на первичной роли болезни (ее механизмов, ее индивидуальных проявлений) в возникновении этих ситуаций. Иными словами, в своей работе групповой психотерапевт должен исходить из следующего положения: больной потребляет не из-за тех или иных причин или проблем, он потребляет потому, что болен, а причины или проблемы только используются им (или создаются, выискиваются) для оправдания потребления алкоголя/наркотика.

Несомненно, хорошо структурирует работу и снижает излишний уровень напряжения в малых группах выполнение пациентами некоторых тренинговых или письменных заданий, в которых используются различные приемы (например, специальным образом подобранные вопросы) по формированию у больных критики к собственному заболеванию. Для ведущего группу психолога (психотерапевта) важно увидеть ситуацию, когда подключение этих приемов в психотерапевтический групповой процесс будет наиболее своевременным и органичным. Такие ситуации создаются, как правило, тогда, когда пациенты не могут решить в группе тот или иной вопрос, вынесенный на обсуждение, или же им для этого просто не хватает времени.

Следует указать, что подобная технология ведения группы, по сути, немногим отличается от проведения собраний сообществ АА/АН. Особое сходство наблюдается между ними в плане максимального переложения ответственности за личное выздоровление на самого человека, страдающего зависимостью от психоактивных веществ. Кроме этого, в обоих случаях требуется для выздоровления активное самостоятельное использование пациентом тех способов, путей, которые предлагаются ему непосредственно участниками группы или вырабатываются в результате обсуждения группой той или иной темы. Подобное сходство, несомненно, также помогает пациентам программы наиболее безболезненно адаптироваться к дальнейшей групповой работе в сообществах АА/АН.

Особенности групповой динамики в условиях открытой малой группы.

Опыт работы в отделении показал, что наиболее целесообразно использовать групповую работу в так называемых «открытых группах». Открытая группа – название группы, характеризующее особый порядок подключения вновь поступивших пациентов к групповому лечебному процессу. Пациенты при такой организации работы включаются в группу по мере поступления их в лечебную программу, часто независимо от наблюдающихся на данный момент в уже работающей группе динамических показателей. Главным преимуществом работающих по открытой системе групп является то, что введение вновь поступившего пациента в уже идущий групповой процесс с определенной стадией динамических изменений позволяет больному наиболее быстро пройти последовательные личностные фазы психологической реакции на психотерапевтическое вмешательство и начать соответствовать доминирующим на данный момент в группе этапным психологическим тенденциям. Например, в случае выявления у большинства пациентов малой группы позитивного изменения установок относительно принятия ими решения о включении в процесс восстановления и о дальнейшем лечении от зависимости, вновь подключившийся больной максимально быстро достигнет такого же уровня.

Для полноценной работы с группой следует учитывать следующие их особенности:

1. Требования к пациенту должны соответствовать той фазе, на которой находится он лично, а не группа. Знание этой особенности необходимо ведущему группу для того, чтобы не превышать своих требований к участнику группы, отстающему по своим динамическим показателям от большинства пациентов, например, в силу того, что поступил на лечение позднее. Обычно несоответствие между требованиями к отдельному пациенту и его возможностями, которое допускает психотерапевт, может снизить результативность групповой работы у всех участников группы.
2. Границы протекающих фаз группового процесса у всей группы размыты из-за наличия в ней подгрупп пациентов, находящихся на разных динамических этапах.
3. Групповому терапевту необходимо уметь эффективно работать одновременно со всеми подгруппами пациентов, находящимися на разных этапах развития группы.

Наряду с этими можно выделить еще ряд особенностей, которые являются несомненным преимуществом открытых групп перед закрытыми.

1. Нет необходимости активно формировать групповую работу на первых фазах динамики.
2. Нет необходимости тратить много времени и энергии для продвижения пациентов по фазам развития группы. Часто более продвинутые участники группового процесса быстро подтягивают до своего уровня больных, отстающих от них по причине недостаточно длительного срока нахождения в программе.
3. Не наблюдается малопродуктивных для психотерапевтической работы фаз развития группы: стагнации и распада;
4. При равномерном поступлении пациентов в группу работа идет обычно на уровне 1 – 4 фаз групповой динамики (см. ниже).

Вышеперечисленные особенности открытых групп облегчают работу ведущего и одновременно требуют от него более серьезной профессиональной подготовки, особенно в плане навыков определения этапа личностных динамических показателей пациента, сформировавшихся в процессе психотерапии.

Следующий позитивный фактор связан с преимуществом ведения психотерапии в открытых группах именно в рамках лечебной программы, использующей методологию сообщества АА/АН. Снижение уровня сопротивления и фрустрации у пациентов во время перехода из лечебной программы на реабилитацию в группы АА/АН связано с тем, что в данном сообществе используется тот же способ формирования групп – по принципу их открытости.

Групповая динамика психотерапевтического процесса в малых группах.

Основным лечебным инструментом в работе малой психотерапевтической группы является так называемая групповая терапевтическая динамика. Под этим термином подразумевается процесс многофункционального взаимодействия всех участников группы, включая психотерапевта. Групповая динамика является главным объектом постоянного контроля и изучения для врача-психотерапевта или психолога. При анализе групповой динамики необходимо рассматривать все составляющие компоненты лечебного процесса, происходящего в условиях малой группы, их особенности и изменения. К основным анализируемым составляющим групповой динамики относятся:

- цели и задачи группы,
- нормы группы,
- структура группы, групповые роли,
- групповая сплоченность,
- групповое напряжение,
- актуализация прежнего эмоционального опыта,
- формирование подгрупп и их влияние на функционирование группы,
- фазы развития психотерапевтической группы,
- групповая дискуссия.

Рассмотрим более подробно эти компоненты, составляющие групповую динамику.

Цели и задачи группы

Больные с зависимостью часто приходят на лечение, преследуя какие-то свои личные цели и ставя перед собой и другими участниками группы какие-то свои задачи, подчас не имеющие ничего общего с процессом преодоления зависимости. Если пациенты просто получат от ведущего информацию о целях и задачах группового лечения, а не определят их в процессе групповой дискуссии сами, то они, скорее всего, приспособятся к этой ситуации и достаточно быстро начнут сугубо формально соответствовать требованиям к поведению больных в группе. Причем этот процесс формального изменения поведения у больных с зависимостью может происходить без осознания ими необходимости и ценности этого целевого компонента групповой динамики для их собственного лечения. Кроме того, пока конкретным пациентом не осознаны и не проработаны значимые для него цели и задачи, с которыми он пришел в лечебную программу, он вряд ли сможет их корригировать или изменять на более адекватные. В организации работы малых групп следует обратить особое внимание на то, что групповой терапевт сам должен четко понимать цели психотерапевтического воздействия и уметь их полноценно реализовывать.

Цели, в направлении которых следует строить терапевтическую работу в реабилитационных программах по лечению больных с зависимостью, можно сформулировать следующим образом:

- адекватное понимание и осознание больными наличия у себя различных проявлений химической зависимости как особой болезни;
- принятие пациентами того факта, что их дальнейшее нормальное функционирование возможно лишь при полном отказе от потребления ПАВ;
- формирование у пациентов способности эффективно и комфортно строить свою дальнейшую трезвую жизнь с учетом наличия у них хронического неизлечимого заболевания;
- понимание пациентами необходимости использования для своей дальнейшей социальной реабилитации той помощи, которую предлагают группы «Анонимных Алкоголиков»/«Анонимных Наркоманов»;
- научение пациентов навыкам использования этих групп в качестве важнейшего социального ресурса для поддержания трезвости. Адекватное применение программы «12 Шагов» позволит пациентам в дальнейшем осваивать новые способы преодоления патологического влечения к алкоголю/наркотику, опробовать новые формы поведения в различных ситуациях.

Необходимо выделить некоторые задачи, которые может преследовать в предлагаемой программе психотерапия в малых группах:

- обучение больных конструктивным коммуникативным навыкам;
- работа по преодолению сопротивления лечению, проявляющегося в виде отрицания, рационализации или других механизмов психологической защиты;
- работа над становлением и поддержанием мотивации к лечению и трезвости;
- помощь пациенту в формировании адекватных взглядов на свою личность, поведение, социальные отношения, индивидуальные формы реагирования;
- практическая подготовка пациентов к общению в группах АА/НА для максимального использования их ресурсов в личностном восстановлении и поддержании трезвого образа жизни.

Нормы группы

Без совместного обсуждения и согласования с пациентами правил или норм функционирования участников в психотерапевтическом групповом процессе нельзя ожидать от них конструктивной активности непосредственно в ходе групповой работы. Правила работы в малой психотерапевтической группе неспецифичны для наркологического контингента, они распространяются на все психотерапевтические группы. Основная цель таких правил – создание в группе безопасных условий для реализации различных видов межличностного взаимодействия пациентов в рамках групповой динамики, т.е. условий обеспечения взаимного принятия, безопасности, поддержки и защиты, для полного и конструктивного раскрытия пациентами в процессе групповой

психотерапии своих проблем и эмоциональных состояний. Обычно правила группового взаимодействия формулируются совместно всеми участниками малой группы при рассмотрении и обсуждении ими разработанных работниками отделения рекомендаций по этому вопросу. Как правило, после группового обсуждения они выглядят следующим образом:

1. Используйте в разговоре только первое лицо – «Я» для заявления своей позиции, своего мнения. Можно говорить: «Я думаю...», «Я чувствую...» и т.п. Нельзя говорить: «Он думает...», «Он чувствует...» и т.п.
2. Слушайте внимательно каждого говорящего. Когда кто-то из членов группы говорит, его нужно слушать не перебивая. Нельзя комментировать слова других участников во время их речи. Если другой пациент хочет что-то сказать говорившему или прокомментировать его слова, то он должен спросить у него разрешение и только потом говорить.
3. Соблюдайте конфиденциальность. То, что происходит в группе, должно «внутри» нее и оставаться. Нельзя рассказывать кому-либо о жизни, мыслях, чувствах других участников группы. В том случае, если Вы почему-либо делаете это, то должны позаботиться о том, чтобы никто не мог узнать по Вашим словам конкретного человека.
4. Оставайтесь «здесь и сейчас». Это значит, что следует говорить о своих личных переживаниях в настоящий момент, о своих сегодняшних проблемах. Старайтесь свести до минимума воспоминания о прошлом и мечты о будущем.
5. Создавайте конструктивную обратную связь. Говорите не о человеке в целом, а о его поведении в конкретной ситуации. Говорите только о своих чувствах по поводу его поведения. Не давайте советов.

Следует учитывать, что негласно в группе могут действовать «антипсихотерапевтические» правила работы. Например: сокрытие чувств, отказ от сотрудничества с психотерапевтом, проговаривание только позитивных чувств и состояний, критика поведения других, ложь, уход от обсуждения актуальных тем и т.д. Задача группового терапевта – создавать условия, когда реализация пациентами таких правил в группе становится невозможной. Ведущий должен в процессе групповой психотерапии следить за исполнением принятых норм (правил) группы, отмечая и разбирая случаи их несоблюдения. Если пациенты регулярно нарушают ими же принятые правила, следует на очередном занятии разобрать, что им непонятно в нормах или что не устраивает, или же выяснить и проработать причины сопротивления лечебному процессу, наблюдающегося у членов группы. Уровнем измерения принятия пациентами группы групповых норм (правил) может быть степень усилий, которые они прилагают для их исполнения и поддержки.

Соблюдение вышеназванных правил в применении к целям, технике и психотерапевтической позиции самого психотерапевта, практикующего групповую психотерапию в лечении больных с зависимостью от психоактивных веществ, позволит ему чувствовать себя уверенней при ведении этой работы, прогнозировать проблемы и избегать некоторых трудностей, а также не допускать серьезных ошибок в процессе группового лечения пациентов.

Структура группы, групповые роли

Структура группы определяется формальным или неформальным распределением позиций и ролей в иерархии группы. От осознания собственной позиции того или иного пациента зависит та роль, которую он начинает исполнять в группе. Выделяется (К. Рудестам, 1993; Б.Д. Карвасарский, 1998; И. Ялом, 2000) несколько типов ролей, наиболее характерных для психотерапевтических групп пациентов с зависимостью от ПАВ.

Конструктивный лидер – это человек, который импонирует группе, побуждает ее к активности, «составляет» программу конструктивной групповой работы и направляет ее, демонстрирует открытую позицию и готовность к решению актуальных проблем. Одна из задач психотерапевта – недирективными способами поддерживать деятельность такого пациента.

Деструктивный лидер – в зависимости от ситуации он может выполнять следующие роли: «противник», «оппозиционер», «монопольный оратор», «правдолюбец», «моралист» и др. Основ-

ная «функция» такого лидера – сорвать психотерапевтический процесс или увести групповую дискуссию в сторону от решения проблем выздоровления. При умелом использовании психотерапевтом групповой динамики для организации конструктивного терапевтического процесса вся группа или отдельные ее члены, в зависимости от фаз развития группы, могут успешно противостоять деструктивным действиям такого лидера. Главное внимание психотерапевта должно быть направлено на конструктивное, с привлечением группы, противодействие деструктивному лидеру и преодоление антитерапевтических тенденций, им создаваемых.

Эксперт – участник группы, имеющий специальные знания и навыки для решения той или иной возникшей в процессе обсуждения ситуации. В сложных случаях группа обычно обращается к нему. Как правило, это люди, уже имеющие определенный опыт трезвой жизни, лечения в подобной программе или участия в АА/АН. Однако часто этот опыт недостаточно эффективен, и группа быстро это выясняет. Например, пациенты, которые знакомы с программой АА/АН, практически всегда соотносят решение групповых проблем с постулатами сообщества. Однако их высказывания, несмотря на кажущуюся правильность и последовательность, чаще всего являются лишь декларацией (ширмой) наличия тех или иных проблем или способом ухода от их обсуждения. В случае отторжения группой такого неадекватного опыта решения проблемных ситуаций у пациента, исполняющего роль эксперта, часто возникает выбор: либо уйти в неконструктивную по отношению к группе оппозицию, либо начать нарабатывать новый, более адекватный опыт. При появлении в группе пациента, активно исполняющего роль эксперта, ведущему группы подчас необходимо своевременно нейтрализовывать проявляемые им тенденции, особенно если есть подозрение, что высказывания такого больного – всего лишь банальная декларация.

Неактивный член группы – обычно пассивен относительно группового процесса и, как правило, ориентируется на того или иного неформального лидера группы, в зависимости от фаз группового процесса (групповой динамики). При отсутствии в группе выраженного деструктивного или конструктивного лидера может возникнуть ситуация, когда роль деструктивного лидера начинает исполнять кто-либо из неактивных членов группы, провоцируя на занятии ситуацию, когда неактивность и отказ от групповой дискуссии одобряются и другими участниками группы. Ведущему группу необходимо всеми доступными психотерапевтическими средствами (директивными и недирективными) побуждать такого пациента к проявлению своей личной позиции относительно тех событий, которые происходят в группе.

Отстающий член группы – отстает от коллектива по причине неспособности включиться в психотерапевтический процесс из-за какого-либо субъективного отличия от других или страха. Достаточно часто некоторое время эту роль выполняет в открытой группе каждый вновь поступивший в нее пациент. Желательно на первых для такого пациента занятиях не мешать процессу его включения в работу группы, а также оказывать недирективную поддержку проявлениям его активности.

Нецелесообразно в лечебно-реабилитационной программе вводить в психотерапевтическую группу с уже имеющимся активным деструктивным лидером нового пациента с личностными или поведенческими нарушениями, схожими с теми проявлениями, которые демонстрирует в процессе групповой терапии этот лидер. Если есть опасения, что с введением нового члена группы усилиться деструктивная позиция уже действующего отрицательного лидера, то желательно включать такого больного в другую группу, где уже преодолены деструктивные тенденции в поведении пациентов. В данном случае группа сама, без особого вмешательства специалиста, сможет конструктивно противостоять негативным воздействиям вновь поступившего пациента.

Отмечены еще многие роли, демонстрируемые пациентами во время функционирования в группе. Наиболее часто можно наблюдать такие роли: «жертва», «шут», «козел отпущения», «сотерапевт», «агрессор», «провокатор», «спаситель», «нытик», «защитник» и т.д. Если роль пациента в процессе групповой работы не меняется, то можно предположить, что она является для него привычной в плане организации патологического самозащитного поведения. При возникновении

такой ситуации групповому психотерапевту следует направить усилия на устранение в группе условий, поддерживающих монотонную ролевую позицию пациента.

Формальный лидер группы – психотерапевт. Его лидерские функции фактически определены правилами группы и его положением. Его основная обязанность – это поддержание условий безопасности личности больных во время их взаимодействия в рамках групповой психотерапии и направление работы группы в конструктивное русло. Выполняется такая задача посредством отслеживания нарушений групповых норм и правил пациентами и понуждения последних к их соблюдению. Если формальный лидер начинает вести борьбу в группе за ту или иную неформальную роль, например, положительного лидера или эксперта, то он перестает выполнять функцию формального лидера. Соответственно, в таком случае невозможно говорить о продуктивной психотерапевтической групповой работе и групповой динамике. Обычно подобная ситуация возникает при недостаточной для работы с пациентами, страдающими зависимостью от ПАВ, подготовке психотерапевта как личностной, так и профессиональной.

Отношение пациентов к формальному лидеру группы – психотерапевту в разные фазы развития группы могут быть различными и изменяющимися.

Групповая сплоченность

Этот термин означает привлекательность группы для пациентов, когда у них выявляется потребность в участии в групповой работе и в сотрудничестве с другими членами группы при решении общих задач. Групповая сплоченность является необходимым условием для эффективного психотерапевтического процесса в малой группе. В сплоченных группах пациенты наиболее способны к адекватному проявлению своих чувств, конструктивному обсуждению внутригрупповых конфликтов и проблем, преодолению возникающего в процессе развития групповой динамики напряжения. Групповая сплоченность может возникнуть при решении пациентами не только позитивных, но и деструктивных задач, например, при обвинении психотерапевта в чем-либо и т.д., однако такое деструктивное единство, называемое псевдосплоченностью, опытный психотерапевт достаточно легко может перевести в конструктивное русло.

Групповое напряжение

Групповое напряжение – одно из обязательных условий групповой психотерапии. Возникновение его обычно связано с несовпадением собственных ожиданий, задач и целей пациентов с тем процессом, который реально происходит в группе. Напряжение из-за необходимости согласовывать свои устремления с желаниями, задачами и целями других членов группы или групповыми задачами и целями в целом обычно проявляется у пациентов в различных формах: агрессивности, разочаровании, злости, раздражении, неприятии, страхе или отчуждении. Напряжение в группе выполняет позитивную роль – оно побуждает членов группы к активным изменениям своей первичной роли или позиции относительно лечения, к взаимодействию с окружающими их другими пациентами группы и психотерапевтом (психологом), ведущим групповые занятия. Если психотерапевт пытается избежать возникновения напряжения в группе и успешно предпринимает для этого какие-либо действия, то можно предположить, что пациенты займут ригидную, комфортную для них позицию, и не обязательно, что эта позиция будет эффективной в лечебном плане.

Актуализация прежнего эмоционального опыта

Не имея опыта преодоления тех или иных проблемных ситуаций, пациенты, с целью адаптации к групповому взаимодействию, начинают применять тот опыт, который они использовали ранее, в период активного потребления ПАВ. Обычно этот опыт состоит из наработанных манипулятивных взаимоотношений больного с окружающими. Реализация таких взаимоотношений осуществляется посредством переноса (или навязывания) пациентом поведенческих стереотипов взаимодействия с ролевыми функциями лиц из своего ближайшего окружения (игра «Алкоголик» по Э. Берну или треугольник Карпмана: роли – преследователь, спаситель, жертва) во взаимо-

отношения с другими членами группы и с психотерапевтом. Как правило, эти виды неадекватного межличностного взаимодействия являются важным материалом для психотерапевтической работы с больными с зависимостью. Условия малой психотерапевтической группы позволяют достаточно быстро выявляться прежнему неконструктивному опыту взаимодействия с окружающими, имеющемуся у пациентов, и способствуют его постепенной замене на более конструктивные поведенческие паттерны социального поведения.

Формирование подгрупп и их влияние на функционирование группы

В малых группах больных с зависимостью достаточно часто проявляется тенденция формирования в процессе их развития различных подгрупп. Подгруппы могут формироваться как по формальным признакам (возраст, пол, срок поступления, специфическая патология и т.д.), так и по индивидуальным личностным и психопатологическим проявлениям (уровень отрицания, агрессии и т.д.). Достаточно часто в открытых группах формируются подгруппы из более опытных в плане лечения пациентов и только что поступивших в отделение больных. В процессе конфронтации таких подгрупп на занятиях групповой психотерапии может наиболее быстро и эффективно формироваться групповая динамика.

Фазы развития психотерапевтической группы

Любой социальный процесс, а не только малая психотерапевтическая группа, во время своего развития проходит несколько фаз. Относительно стадий развития психотерапевтической группы существует много различных мнений, и, соответственно, отдельные авторы называют разное их количество, но, как это ни парадоксально звучит, все они говорят об одних и тех же процессах, которые вполне можно объединить в общую структуру.

Несмотря на то, что в предлагаемой программе используется психотерапевтическая работа в открытых группах, все же достаточно четко прослеживается наличие в групповой динамике определенных фаз развития группы. Например, когда в группу поступает сравнительно большое количество новых пациентов, то именно с этого момента может начаться процесс формирования групповой динамики, прежде всего, в подгруппе вновь поступивших больных. Другие подгруппы в открытой группе, находясь на иной, более высокой, фазе развития групповой динамики, взаимодействуют с вновь образовавшимися подгруппами новичков, отражая специфику, характерную для развития динамики именно в открытых группах.

Закономерно говорить о стадиях (фазах) психотерапевтической групповой динамики в закрытых группах. В этой системе групповой работы все пациенты находятся на одной стадии или в одной фазе и, соответственно, работа психолога (психотерапевта) ориентирована на наблюдающуюся в настоящий момент в группе фазу. Диагностика фаз здесь значительно облегчена и не требует от психотерапевта особых усилий; его усилия направляются на продвижение всей «массы» группы по стадиям необходимой динамики.

В открытой группе диагностика динамической фазы в группе осуществляется по основной находящейся массе пациентов, и психотерапевту имеет смысл работать на том уровне, на котором находится большинство участников группы.

Однако знание фаз развития закрытой группы позволяет психотерапевту наиболее полноценно формировать психотерапевтический процесс, даже в открытой группе, с ее спецификой и особенностями, например, при работе с подгруппами, сформировавшимися в рамках группы по различию в сроках поступления пациентов.

Можно выделить следующие фазы развития группы:

Первая фаза – формирование, образование группы.

Эта стадия начинается для каждого пациента в отдельности с момента поступления его в лечебную программу и с началом группового психотерапевтического процесса. Фаза характеризуется определенным уровнем напряжения, которое возникает у больного из-за неизвестности в отношении того, что ожидает его в процессе лечения.

Пациенты именно на этой стадии пытаются реализовать имеющиеся у них цели и ожидания от лечения. Соответственно, на этой стадии, происходит выяснение истинной цели пребывания пациентов в лечебной программе. Как правило, такая цель выражается в пассивно-потребительском отношении к лечению, т.е. они не хотят брать на себя ответственность за свое выздоровление. Ожидания вновь поступивших пациентов могут быть связаны с преувеличением ими эффективности фармакотерапии или же, наоборот, с мнением об абсолютной неэффективности любого метода лечения зависимости от ПАВ. Обычно в этот же период выясняется, что пациенты не имеют каких-либо адекватных представлений о психотерапии вообще и о психотерапевтических методиках, применяемых в отделении, в том числе и групповой психотерапии, в частности.

В этот период больные либо говорят на занятиях в группе о симптомах и тяжести течения своего заболевания, либо о том, что они абсолютно здоровы, либо пытаются обсуждать малосущественные, не относящиеся к лечению и заболеванию проблемы. Пациенты ожидают со стороны психотерапевта или психолога, ведущего группу, активных действий, а также множества различных рекомендаций и советов, идущих как от него, так и от других, более опытных участников группы.

Однако несоответствие поведения психотерапевта ожиданиям и целям пациентов, а также недостаточность получаемых от групповой психотерапии результатов вызывают у них тревогу и напряжение, которые они могут «убрать» двумя основными способами: либо менять свои цели и поведение, либо покинуть лечение.

Таким образом, эта фаза характеризуется наиболее высоким уровнем группового напряжения.

В эту фазу в группе могут возникать тенденции к псевдосплоченности пациентов. Групповые дискуссии, характеризующие псевдосплоченность, могут пойти по следующим направлениям:

А. Выделение и концентрация внимания на объективных причинах своего потребления алкоголя/наркотика. Рассказы пациентов в рамках группового знакомства направлены на «трагедизацию» своей жизни, приведшей их к злоупотреблению алкоголем/наркотиками. Высказываются обвинения в отношении своего близкого окружения или даже всего общества, особенно утрированно подчеркивается «объективность» причин, оправдывающих пьянство/потребление. В этот момент может возникнуть объединение пациентов вокруг групповой «уникальности» страданий и проблем больных с зависимостью, попавших именно в эту группу. В групповом процессе преобладают такие механизмы психологической защиты, как рационализация и интеллектуализация.

Б. Объяснение и выявление наличия у себя «здоровых» («положительных») признаков алкоголизма/наркомании. Часто группа, безрезультатно добиваясь у психотерапевта подтверждения научной обоснованности отсутствия у них зависимости, однако, при наличии ее симптоматики и характерных проблем, начинает сплачиваться вокруг идеи выработки самостоятельной псевдонаучной теории возникновения проблем, характерных для больных зависимостью от ПАВ, но в данном случае возникших якобы у не страдающих зависимостью лиц. Порой это приводит к созданию особой псевдонаучной терминологии, например: «острая непроходимость мимо бутылки» и «хроническая непроходимость мимо бутылки», которые могут обостряться «заворотом мозгов», и т.д. Механизмы защиты, демонстрируемые на группе, – отрицание, рационализация и минимизация.

В. Нахождение «козла отпущения» и концентрация всего внимания группы именно на нем. Чаще всего эту роль исполняет пациент, который чем-либо отличается от других, например, своим негативным (или позитивным) отношением к данной психотерапевтической методике или не желающий поддерживать возникающие групповые дискуссии, активно или пассивно противопоставляющий себя группе. Такая псевдосплоченность характеризуется тем, что найденный «козел отпущения» подвергается неконструктивной критике со стороны большинства участников группы (псевдоконфронтация).

Обычно, если групповые дискуссии пошли по пути псевдосплоченности, все дискуссии заканчиваются обменом советами, которые пациенты уже неоднократно слышали от своих близких. Известная им по опыту бесполезность подобных советов и, соответственно, выявленная в процессе групповой психотерапии бесполезность такого личного поведения в группе приводят пациентов к разочарованию в собственной позиции и к пониманию ее непродуктивности. Задача

психотерапевта в такой ситуации – выявить и вскрыть подлинный смысл происходящего: конфликтогенность, непродуктивность и защитный характер ситуации. При умелом воздействии психотерапевт может перевести ситуацию псевдосплоченности на другой уровень (фазу) внутригруппового взаимодействия, наиболее приближенную к групповой сплоченности. Однако в любом случае даже конструктивный выход из такой ситуации приведет к новому повышению напряженности в связи с осознанием участниками группы непродуктивности сложившейся ситуации и собственной неспособности эффективно ее разрешить.

Вторая фаза – фаза агрессии.

На этой стадии уровень конфликта в группе достигает максимальной величины, и требуются способы по разряжению этого запредельного напряжения. Такая ситуация приводит пациентов к переходу от пассивных действий к более активным. Скопившаяся агрессия и разочарование от нерезультативности лечения требуют разрядки, и рано или поздно, агрессия начинает выражаться вовне. Обычно она проявляется в агрессии к психотерапевту, которая может выражаться в скрытых или явных претензиях к нему. Он может восприниматься как «непрофессионал» либо как безразличный человек, который не желает помогать группе «выздоравливать». Если группа рассматривает психотерапевта как «формально лидирующее лицо, не подвергающееся критике», то она может выбрать для выражения агрессии кого-либо из членов группы («козел отпущения») или сам метод лечения: как правило, это либо методика АА/АН «12 Шагов», либо групповая психотерапия, но без соотнесения их с личностью психотерапевта.

Психотерапевту в этот период следует направлять группу к открытому выражению чувств именно к себе, а также к обсуждению ситуации в группе, выяснять, чего пациенты ожидают и какой они хотят получить результат от действий психотерапевта и от своей собственной работы в группе. Выйти из этой ситуации возможно только при открытой конфронтации пациентов группы с психотерапевтом. В группе, прошедшей период псевдосплоченности, выражение чувств к психотерапевту происходит наиболее интенсивно и свободно. Однако грубой, прямой конфронтации следует не допускать, так как она может оказаться особенно травматичной для отдельных пациентов, неспособных справиться с высоким уровнем напряжения и тревоги.

Если психотерапевт занимает позицию внимательного, доброжелательного специалиста, то уровень конфронтации можно значительно снизить или же, в отдельных случаях, даже избежать ее, особенно в условиях открытой системы формирования группы в период планомерного поступления в нее пациентов. Все же такая позиция психотерапевта по отношению к пациентам не может директивно привноситься им в группу, она может формироваться только в процессе групповой динамики. Как бы правильно ни вел себя терапевт, его поведение все равно будет не совпадать с ожиданиями и желаниями пациентов. Если психотерапевт будет избегать этой стадии и игнорировать возникшую ситуацию, то это приведет к значительному снижению психотерапевтического эффекта и искажению всего группового процесса.

Нежелательно для психотерапевта «переводить» агрессию пациентов с себя на группового «козла отпущения», так как конфронтация с психотерапевтом более конструктивно сказывается на развитии группы. Прежде всего, конструктивное воздействие конфронтации с психотерапевтом на процесс групповой динамики обуславливается меньшей травматичностью ее для отдельных пациентов, а также, в связи с получением ими от ведущего группы позитивного опыта по выходу из конфликтных ситуаций, и разрешению (проработке) возникающего в межличностном общении напряжения. Кроме того, подобное поведение психотерапевта позволяет преодолеть агрессивность в группе в более короткие сроки и с более конструктивным результатом. В результате это приводит к более быстрой выработке и принятию больными групповых норм. Стадию агрессии можно считать завершенной, если группа оказывается в состоянии открыто выражать свои чувства, как позитивные, так и негативные, в том числе, и к ведущему группы.

На этой же фазе в группе происходит борьба за распределение ролей и формирование групповой иерархии. Групповое напряжение в этой фазе должно быть уже полностью подконтрольным психотерапевту.

Некоторые специалисты считают агрессию в группе неестественной и не видят смысла с ней работать. Скорее всего, это идет от неумения психотерапевта конструктивно справляться с агрессией, направленной на него. Это может быть обусловлено личными страхами относительно открыто выражаемой к нему агрессивности, что обычно происходит из-за непроработанности личной «созависимости» и приводит терапевта к появлению в процессе работы контрпереноса своих проблем на пациентов. Попытки избежать психотерапевтом этой стадии приводят к разрушению терапевтического альянса и снижению эффективности групповой работы.

Третья фаза – фаза развития сотрудничества.

Пациенты начинают опробовать новые способы взаимодействия, направленные на решение актуальных проблем. Они становятся активными, самостоятельными в своих суждениях. В этот же период формируется групповая сплоченность со всеми ее типичными характеристиками, завершается процесс структурирования группы, полностью становятся понятными для участников ее нормы, цели и задачи.

Для ведущего группы важно не «спугнуть» первые попытки конструктивного взаимодействия. В отличие от двух предыдущих стадий, эта фаза характеризуется снижением активности психотерапевта. Это позволяет участникам группового процесса выработать установку на собственную ответственность за процесс своего выздоровления.

Четвертая фаза – фаза активно и конструктивно работающей группы.

В это время пациенты принимают ответственные решения и применяют полученный в группе опыт в межличностном общении как внутри отделения, так и вне него. Позиция психотерапевта – минимальная активность и не директивная поддержка конструктивных тенденций на группе, а также помощь в раскрытии актуализированных проблемных тем.

Пятая стадия – стагнация.

На ней происходит замедление, затухание конструктивной активности. Больше используется старый опыт, чем нарабатывается новый. Роль психотерапевта – не пытаться искусственно продлевать заканчивающуюся работу.

Шестая стадия – распад группы и завершение ее работы.

Две последние фазы отсутствуют в открытых группах.

Групповая дискуссия

Групповая дискуссия является основной, опорной формой групповой психотерапии. По отношению к ней другие психотерапевтические техники являются вспомогательными. Групповая дискуссия направлена в основном на реализацию собственно психотерапевтической функции, в то же время вспомогательные методы способствуют индивидуализации лечения в плане облегчения диагностики и проработки проблем пациента. Основные принципы ведения групповой дискуссии пациентами обычно определяются в правилах группового взаимодействия. К основным типам лечебного воздействия со стороны психотерапевта в групповой психотерапевтической работе (дискуссии) с пациентами, относятся: опрос, спецификация, конфронтация, иллюстрация, кристаллизация, обратная связь от терапевта.

Опрос. Терапевт использует опрос в первую очередь для того, чтобы определить наиболее важные с клинической точки зрения моменты для дальнейшей психотерапевтической работы. Нельзя назвать опрос исключительно активностью специалиста: точные вопросы активизируют также мыслительную деятельность пациентов и показывают им, в каком направлении намерен действовать терапевт. При опросе предпочтительно задавать простые вопросы, не выходящие за рамки обсуждения динамики и картины заболевания и не угрожающие другим членам группы, т.е. не ущемляющие их самолюбие.

Рекомендуется начинать опрос пациента, когда есть уверенность, что он готов с достаточной долей искренности отвечать на вопросы. Нецелесообразно использовать данный тип воздействия, если пациент находится под влиянием какого-либо сильного эмоционального переживания.

Главное в ходе опроса – не стремиться собрать больше информации, чем это необходимо для реализации конкретной ближайшей лечебной цели, так как давление в этом плане может повысить тревожность пациентов и уменьшить их доверие к группе и специалисту. Вполне разумно подключать к опросу всех членов группы, предоставляя им возможность задавать друг другу вопросы.

Спецификация – это некое заявление психотерапевта, в котором он делает акцент на определенной информации, предоставленной пациентом. Оно может иметь форму резюме относительно высказываний отдельного больного и начинаться словами: «Правильно ли я Вас понял, что...». Цель спецификации – выделить и зафиксировать на вербальном уровне значимую информацию, подаваемую пациентом, чтобы в дальнейшем можно было использовать ее в процессе психотерапевтического воздействия.

Желательно применять спецификацию, когда есть основания предполагать, что спустя некоторое время пациент будет отрицать какие-то свои высказывания или использовать другие защитные или манипулятивные механизмы. Обязательным условием для применения спецификации является то, что отношения среди пациентов в терапевтической группе достаточно доверительные. В том случае, если взаимное доверие в группе еще не сформировано, использование спецификации может вызвать негативные реакции у отдельных пациентов, что затруднит дальнейшую групповую психотерапевтическую работу.

Конфронтация. Для создания ситуации конфронтации терапевт обращается к ранее полученной от пациента и обязательно специфицированной информации, чтобы выявить признаки непоследовательности и противоречий в словах пациента. Этот технический прием используется в тех случаях, когда необходимо изменить неконструктивный настрой конкретного пациента и направить его активность на адекватное решение актуальной проблемной ситуации. Обычным показателем достигнутого терапевтического эффекта здесь является задумчивое молчание больного или его, пришедший вместе с инсайтом, смех.

Задумчивое молчание является нелучшим исходом для используемого в терапевтических целях приема конфронтации, так как пациент может вернуться в исходную неадекватную позицию и ответить еще более глубоким сопротивлением. Это означает, что конфронтация была использована не вовремя или неудачно. В противовес этому «инсайтный» смех позволяет пациенту снять напряжение, возникающее из-за непоследовательности и противоречивости в его мышлении. Такой исход свидетельствует о терапевтическом успехе. Применение приема конфронтации рекомендуется в тех случаях, когда пациент не хочет (или не может) «отследить» собственные противоречивые высказывания. Если конфронтация используется терапевтом таким образом, что создается впечатление, будто он прибегает к этому приему для того, чтобы представить себя более «сообразительным», чем пациенты, то такая ситуация обычно перерастает в неконструктивный конфликт ведущего и участников группы – это может свести к нулю весь ранее полученный позитивный терапевтический эффект.

Как правило, это короткая история, аналогия, сравнение, анекдот или случай из личного психотерапевтического (клинического) опыта группового терапевта. Хорошо использовать в качестве иллюстрации так называемую психологическую метафору. Такая иллюстрация преимущественно следует за успешно проведенной конфронтацией – с целью ее усиления и одновременно смягчения возможных нежелательных последствий.

Метафоры, используемые в качестве иллюстрации, должны быть юмористическими или, по крайней мере, достаточно яркими, живыми. Кроме того, они должны высказываться простыми, обыденными словами, понятными даже ребенку. Подтверждением того, что метафора применена успешно, будет общий смех большинства членов группы. Если же иллюстрация оказалась несвоевременной или была неудачно выбрана, то она повлечет за собой, в лучшем случае, непонимание пациентами действий терапевта, а в худшем – чью-либо обиду и, как следствие, нарушение необходимого в групповой работе психотерапевтического альянса.

Кристаллизация. Используется терапевтом для того, чтобы из общего спонтанного разговора, из высказываний одного или нескольких членов группы выделить проблемную тему, непосред-

ственно касающуюся заболевания и важную для дальнейшей психотерапевтической работы. Этот тип воздействия используется лишь тогда, когда уже образован терапевтический альянс и группа готова к конструктивной работе, но необходимую на данном этапе тематику группового обсуждения пациенты самостоятельно выявить не могут. Нет смысла применять прием кристаллизации, когда на вербальном и невербальном уровне пациенты начинают проявлять сопротивление, уходят в активную защиту, или когда групповой процесс еще не окончательно сформирован (находится на начальной стадии динамического развития). «Кристаллизоваться» может вербальная продукция только пациентов, находящихся на занятии, но ни в коей мере не мысли и не слова самого терапевта.

Обратная связь от терапевта. Содержит в себе адекватную реакцию психотерапевта на действия и слова пациентов в процессе группового взаимодействия. Давая обратную связь, специалист говорит от своего имени о своих чувствах и мыслях, не критикуя и не оценивая пациентов. Допустимо использование сравнения сложившейся клинической ситуации с прошлым опытом терапевта. Обратная связь возможна как в отношении одного пациента, так и всей группы в целом. В случае, когда группа находится в агрессивной позиции по отношению к специалисту, нет условий для конструктивного принятия пациентами обратной связи. В подобных условиях использование обратной связи лишь ухудшит отношения «пациент – специалист (терапевт)».

В ходе использования различных приемов терапевтического воздействия в динамике групповой работы психотерапевт может прибегать к помощи любых имеющихся в его арсенале психотерапевтических средств, так как определяющими являются не отдельные средства, которые использует терапевт, а цели, задачи и основные типы (формы, приемы) психотерапевтических воздействий в его работе. Помимо этого, представленные здесь основные приемы проведения групповой дискуссии могут быть одними из возможных вариантов восполнения существующего дефицита рекомендаций по оказанию адекватной и эффективной групповой психотерапевтической помощи больным, страдающим зависимостью.

Невербальные способы коммуникации, которые возникают на занятиях, также являются достаточно серьезным объектом исследования. Достаточно часто у пациентов на занятиях встречается несоответствие между вербальной и невербальной системами их межличностного взаимодействия. Установление соответствия между разными видами коммуникации в ходе групповой психотерапии может говорить о позитивных изменениях в групповой динамике.

Наиболее важно адекватно владеть невербальной системой общения и вовремя ее использовать именно групповому психотерапевту, так как несоответствие между его вербальной и невербальной продукцией приведет к недоверию со стороны пациентов, как в отношении его самого, так и всего лечебного процесса. Вследствие такого недоверия у больных может произойти снижение позитивного результата от их работы в малой группе. Обучение наиболее эффективному использованию различных уровней группового взаимодействия (дискуссии) происходит быстро и полноценно в том случае, если психотерапевт четко понимает цели и задачи группового лечения, обладает специальными профессиональными знаниями, занимает соответствующую терапевтическую позицию относительно пациентов, а также соответствует личностным критериям, предъявляемым к специалистам, занятым в программе психотерапевтической помощи больным с зависимостью.

Процесс формирования эффективного группового взаимодействия (групповой динамики) – наиболее сложная и трудоемкая задача для ведущего группы. В зависимости от конкретных стадий (фаз) развития динамических групповых процессов ему необходимо ставить перед группой для выработки конструктивных решений посильные ей задачи и использовать для потенцирования их деятельности соответствующие психотерапевтические техники и приемы. Если групповому психотерапевту удается сформировать процесс, приводящий к позитивным динамическим изменениям работы группы, то подобный опыт позволит пациентам такой группы эффективно функционировать в дальнейшем в группах самопомощи (АА/АН). Происходит это потому, что формирование положительной динамики на встречах групп сообщества осуществляется с помо-

щью тех же механизмов, что и в лечебной программе отделения, т.е. при минимальной активности психотерапевта (в лечебной программе) или ведущего группу так наз. «спикера» в сообществе АА/АН. Подобное сходство формирования терапевтической динамики групп лечебной программы и сообщества АА/АН значительно снижает уровень тревожности и напряженности у пациентов при посещении ими групп Анонимных Алкоголиков/Анонимных Наркоманов.

Позиция психотерапевта в малой группе по отношению к пациентам с зависимостью.

Применение группового психотерапевтического воздействия в лечении больных с зависимостью будет достаточно эффективным, если позиция терапевта по отношению к своим пациентам также определенным образом будет сконструирована. Особенности этой позиции определяются спецификой наркологических заболеваний и выражаются в следующих положениях:

- гибкость в выборе директивных и недирективных техник воздействия на пациентов с целью побуждения их к проявлению на группе межличностных отношений, собственных установок, поведения и эмоциональных реакций, а также побуждение пациентов к разбору предложенных ими же самими тем, к их обсуждению и анализу;
- создание и поддержание в группе условий обеспечения взаимного принятия, безопасности, поддержки и защиты для наиболее полного раскрытия пациентами своих проблем и эмоций;
- сознательный отказ специалиста от использования им в процессе групповой работы манипулятивных психотехник и опора на развивающие личность пациента психотерапевтические методики;
- непринятие искаженной логики пациента относительно проявлений и последствий его заболевания, так как такая логика часто продиктована различными защитными психологическими механизмами и имеющимся у него сопротивлением психотерапевтическому вмешательству;
- контроль терапевта за соблюдением правил, установленных для группового процесса, но в то же время и возложение ответственности на пациентов – участников группы за систематическое несоблюдение ими принятых групповых норм, когда такая ситуация возникает.

Если психотерапевт в процессе групповой психотерапии с больными зависимостями придерживается вышеназванных положений, то участники группы попадают в условия, когда их прошлый опыт социального функционирования, основанный, прежде всего, на подкреплении в процессе взаимодействия с близким окружением своих психопатологических личностных конструктов, не срабатывает. В такой ситуации пациенты вынуждены нарабатывать в условиях малой группы новые, более эффективные способы межличностного общения.

Сочетание различных психотерапевтических методик и техник с программой «12 Шагов».

Данные анализа литературы и собственный практический опыт позволили сделать заключение о неэффективности использования в групповой работе какой-либо одной психотерапевтической техники или методики. Различные технологии должны гибко применяться в зависимости от возникающих в ходе групповой терапии проблем. Соответственно, основой целевой работы является выбор спектра психотерапевтических методик для прицельного, строго индивидуализированного воздействия на наиболее значимые патологические психосоциальные паттерны конкретного пациента и актуальные элементы его психического, психологического и поведенческого статуса.

Такое требование к работе психотерапевта в малых группах больных с зависимостью обусловлено еще и способностью наркологических пациентов быстро уяснять себе лечебную тактику специалистов и приспосабливаться к ней, формируя при этом, порой неосознанно, манипулятивное или самозащитное поведение. Подобная псевдоадаптация к лечебному воздействию позволяет больным нивелировать усилия ведущего группы по формированию у них критики к заболеванию, установки на трезвость и восстановление. Однако если терапевтом используется гибкая лечебная тактика, а арсенал применяемых им психотерапевтических средств достаточно

широк, то пациентам сложнее реализовать попытки манипуляции, что позитивно отражается на общем ходе терапии.

Важные условия включения психотерапевтических техник в лечебную программу, основанную на методологии «12 Шагов» АА/АН, они должны адекватно сочетаться с ней или хотя бы в своей развивающей направленности не противоречить философии сообщества; терапевтически эффективно воздействовать на тот или иной психопатологический симптом или психологический механизм, сформированный в процессе заболевания.

Структура программной групповой работы включает в себя различные специальные методики и техники. Вышеназванным критериям целесообразности применения отдельных психотехник в работе с пациентами, страдающими зависимостью от ПАВ, отвечают следующие виды психотерапевтического воздействия, применяемые в отделении:

1. ***проблемная групповая дискуссия*** – в ходе ее используются такие подробно описанные в работе психотерапевтические приемы, как опрос, спецификация, конфронтация, иллюстрация, кристаллизация, обратная связь;
2. ***разъяснительная психотерапия*** – предоставление пациентам сведений об особенностях развития и течения их заболевания, о тех нарушениях, которые оно вызывает во всех сферах функционирования больного человека. В лечебной программе отделения эти задачи решаются на лекциях (познавательный раздел программы);
3. ***«психотерапевтическое зеркало» по С.С. Либиху*** – техника, которая заключается в разборе определенных симптомов заболевания (в данном случае – зависимости) или анамнестических данных одного из пациентов в рамках обсуждаемой темы. Обсуждение может быть анонимным, когда пациент не называется, или не анонимным – когда он называется прямо по фамилии, например, в том случае, если есть возможность воздействовать психотерапевтически не только на других пациентов, но и на него самого. Данная методика позволяет пациентам с помощью легко узнаваемых примеров увеличить доверие к той информации о болезни и способе преодоления ее, которую предлагают на лекциях или групповых занятиях сотрудники психотерапевтической программы;
4. ***когнитивная психотерапия*** – помогает пациентам провести границу между собственным отношением к тому или иному событию и самим событием, реально существующим независимо от их желания или мнения. Такой подход наиболее эффективно позволяет больным с зависимостью «обрабатывать» поступающую из окружающего их социума информацию, заменяя свойственный им способ мышления, называемый «негативным», на более конструктивные формы обдумывания и разрешения возникающих проблем. Например, методики «когнитивное научение» и «когнитивная конфронтация» чаще всего применяются во время групповой психотерапии, а «экспериментальный метод» используется в ряде лекционных и тренинговых занятий в познавательной части программы;
5. ***рационально-эмотивная психотерапия, тренинг по осознанию чувств (эмоций)*** – позволяет больным приобрести навыки контроля и коррекции своего эмоционального состояния без применения алкоголя или других психоактивных веществ. Такие умения дают пациентам возможность в дальнейшем наиболее эффективно решать возникающие в их жизни проблемы без серьезных эмоциональных потрясений и рецидивов, обычно происходящих из-за неспособности контролировать проявления своих чувств;
6. ***гештальт-терапия,*** а точнее, отдельные ее элементы и упражнения, которые направляются на обучение пациента следующим навыкам: решения насущных проблем, возникающих в данный момент («здесь и сейчас»); открытого и непосредственного контакта с другими людьми; принятия личной ответственности за свое состояние на себя самого; осознания чувственных и телесных ощущений, необходимых для наиболее полной ориентации человека в самом себе и своем окружении, и т.д.;

7. ***тренинг умений, ролевые игры (с элементами психодрамы)*** в результате применения этих психотехник пациенты получают опыт решения различных проблем, в том числе они могут выявить и опробовать методы отказа от потребления ПАВ в различных ситуациях;
8. ***рациональная психотерапия*** – помогает пациентам с помощью построения прямых логических связей между причиной и следствием увидеть в своих высказываниях и мировосприятии противоречия, которые мешают им формировать и поддерживать трезвый образ жизни;
9. ***провокативная психотерапия*** – направлена на активное вскрытие и разрушение патологических проявлений механизмов психологической защиты, демонстрируемых пациентами с целью отрицания болезни, уклонения от психотерапевтического воздействия. Кроме того, данная методика помогает пациентам увидеть свои социальные акции, поступки, часто продиктованные болезненным состоянием, с наиболее реальной точки зрения, т.е. глазами постороннего, не включенного в систему патологического социального взаимодействия человека – специалиста, работающего в психотерапевтической программе;
10. ***методика парадоксальных интенций В. Франкла*** – применяется обычно в тех случаях, когда пациент упорно пытается убедить психотерапевта, других специалистов или пациентов в том, что у него нет проблем с потреблением ПАВ, несмотря на то, что эти проблемы очевидны, и что он в дальнейшем вполне может потреблять алкоголь или наркотики без отрицательных последствий для себя. Воздействие на пациента с помощью этой методики может преодолеть имеющиеся у него отрицание болезни и ее последствий, а также сформировать мотивацию на дальнейшее лечение и восстановление;
11. ***структурный анализ, трансактный анализ и сценарный анализ (Э. Берн).*** Эти методики позволяют пациентам достаточно быстро освоить способы определения и контроля тех болезненных нарушений, которые возникают у них в психологической сфере (структурный анализ), в социальной сфере (трансактный анализ), и сфере неосознаваемых базисных сценарных установок, сложившихся в период детского воспитания и развития больного (сценарный анализ);
12. ***арт-терапия*** – в основном направляется на выражение пациентами с помощью художественных средств (например, рисунка) взаимоотношений «Я и моя болезнь», что позволяет на уровне художественных метафор преодолеть отрицание, анозогнозию заболевания;
13. ***библиотерапия*** стимулирует пациентов отделения к чтению литературы, рекомендуемой и издаваемой сообществом АА/АН, позволяет им в процессе чтения, на примере описанных в ней случаев, самостоятельно определять у себя симптомы алкоголизма или наркомании, а также знакомиться с реальной методологией, по которой можно начать собственное эффективное личностное восстановление. Иными словами, эта методика может воздействовать на формирование у пациента надежды и мотивации на успешное преодоление зависимости;
14. ***видеотерапия и аудиотерапия*** – в первую очередь используются не столько для предоставления пациентам той или иной информации, сколько с целью воздействия на когнитивную и чувственную сферы их личности с помощью определенных способов подачи специфических знаний, например, в виде специально подобранных художественных фильмов, видео- и аудио- лекций. При использовании данной методики следует учитывать определенную степень доверия пациентов с химической зависимостью к средствам массовой информации – радио и телевидению.

Несомненно, возможно применение и других методик, если психотерапевт может обосновать целесообразность их использования в конкретной психотерапевтической ситуации.

4.7. Профессиональные и личностные характеристики (критерии) психолога, врача-психотерапевта, психиатра-нарколога, необходимые для работы в лечебно-реабилитационных программах, использующих методологию «12 Шагов»

Критерии профессиональной подготовки психолога, врача психотерапевта, психиатра-нарколога для лечебно-реабилитационных программ практически не должны отличаться от аналогичных требований к любому специалисту, занятому в системе психотерапевтической помощи. Однако есть и определенные характеристики, которые обязательно должны наличествовать у такого рода специалистов. К ним можно отнести, например, специфические знания и умения, касающиеся нюансов работы с личностными и поведенческими проявлениями зависимости от ПАВ, а также знания об особенностях психотерапевтического и реабилитационного процесса в программах, использующих в своей работе методику «12 Шагов». В систему этих знаний входит:

- знание особенностей биологических, психологических и социальных нарушений, возникающих при развитии зависимости от ПАВ;
- знание особенностей и этапов личностного восстановления и преодоления зависимости;
- знание особенностей и этапов развития «срывов» у больных с зависимостью и рекомендуемых АА/АН способов их предотвращения;
- знание особенностей и специфики различных методов (прежде всего психотерапевтических и социотерапевтических) лечения зависимости;
- обязательное владение несколькими личностно развивающими классическими индивидуальными и групповыми психотерапевтическими методиками;
- знание содержания и идеологии психотерапевтической программы отделения;
- знание особенностей работы всех сотрудников отделения;
- знание программы Анонимных Алкоголиков/Анонимных Наркоманов, включая «12 Шагов», «12 Традиций», «Лозунги», терминологию сообщества и ее практическое значение, литературу сообщества и т.д.;
- способность применять все имеющиеся знания для работы с конкретными пациентами в их специфической ситуации.

Личностные характеристики психологов и врачей-психотерапевтов (наркологов) также должны отвечать определенным критериям, наличие которых необходимо для работы в психотерапевтических и реабилитационных наркологических отделениях (подразделениях, программах):

- максимальная проработанность личных психологических и социальных проблем и наличие навыков по их конструктивному решению в случае их возникновения;
- способность осознавать и эффективно корригировать возникающие у себя во время работы с пациентами механизмы психологической защиты, созависимые отношения, манипулятивные формы взаимодействия, неприятные эмоциональные состояния и т.д.;

Если подготовка и личностные характеристики психологов и врачей-психотерапевтов (наркологов) не отвечают вышеприведенным критериям, то в процессе работы такого специалиста в «команде» психотерапевтической или реабилитационной программы могут возникнуть следующие проблемы, способные достаточно серьезно нарушить весь лечебный процесс:

- противопоставление таким сотрудником себя, своих знаний и умений (излюбленных психотерапевтических методик, техник) программе отделения (подразделения), программе «12 Шагов» или же другим специалистам, занятым в лечебной работе;
- неконструктивная критика практически любых действий других специалистов отделения, психотерапевтической программы отделения, методологии сообщества Анонимных Алкоголиков и т.д.;
- попытки формирования такими сотрудниками внутри отделения противостоящих друг другу группировок, как среди работников программы, так и среди пациентов;

- попытки внесения необоснованных изменений в расписание или содержание лечебно-реабилитационного процесса в отделении;
- попытки манипулирования окружающими, навязывания «психологических игр» сотрудникам отделения или пациентам;
- прямое или скрытое уклонение от выполнения своих непосредственных рабочих обязанностей;
- нежелание выслушивать и использовать в работе рекомендации более опытных специалистов и т.д.

Если тот или иной сотрудник психотерапевтической программы начинает привносить в лечебный коллектив вышеназванные проблемы, более того, не осознавая этого, то такого работника желательно как можно быстрее удалить из подразделения, поскольку наибольший вред своими деструктивными и непрофессиональными действиями он нанесет в первую очередь пациентам.

4.8. Индивидуальная психотерапия и психокоррекция в отделении

Индивидуальная психотерапия и психокоррекция в рамках данной психотерапевтической программы (ее 4-й раздел) осуществляется по просьбе либо пациента, либо его родственников, но только по согласованию с самим пациентом. Такое положение обусловлено тем, что сама программа отделения достаточно интенсивна и часто вызывает высокое эмоциональное напряжение у больного, проходящего в ней лечение. Любые дополнительные психотерапевтические занятия могут чрезмерно увеличить напряженность и, тем самым, ухудшить состояние пациента и, естественно, снизить результаты лечения. Присоединяющиеся психотерапевтические занятия в первую очередь направлены на реализацию следующих целей:

- подробный анализ истории болезни пациента;
- разбор преподносимого на лекциях и занятиях материала;
- решение проблем, связанных с адаптацией пациента в социальной среде отделения или с работой в ходе групповой психотерапии;
- более глубокое освоение основных положений программы «12 Шагов» АА.

Для достижения вышеназванных целей в работе используются специальным образом составленные опросники: модернизированный опросник по первому Шагу программы АА/АН (модификация опросника Б. Вороновича), модернизированные опросники «Описание истории болезни самим пациентом» и «Карта психосоциального обследования пациента» (по Т. Горски). Возможно присоединение к разбору и других опросников.

Работа по программе АА/АН с отдельными больными направляется на разбор первого Шага программы и главных его положений: «бессилия» перед алкоголем/наркотиком и неспособности управлять процессом собственной жизни, имеющихся у больного зависимостью. Детальное исследование пациентом совместно со специалистом истории своего заболевания с различных точек зрения – медицинской, психологической и социальной (с учетом представлений о заболевании сообщества АА/АН) – может помочь ему наиболее адекватно сформулировать для себя понимание своей болезни, преодолеть анозогнозию и выработать установку на становление трезвого образа жизни, в том числе и с помощью программы «12 Шагов» АА/АН.

Индивидуальное консультирование имеет свои особенности, задачи и правила, стоящие в прямой зависимости от этапа лечебного взаимодействия психотерапевта (психолога, консультанта) и пациента. Учет этапности и правил проведения индивидуальной психотерапии (консультирования) позволяют специалисту избежать грубых ошибок при работе с больными с зависимостью от ПАВ.

Первым этапом является выявление предмета и цели индивидуальной консультационной работы. Если пациент заявляет о наличии у себя проблемы, в той или иной мере связанной со злоупотреблением привычным ПАВ, можно говорить о наличии предмета индивидуальной работы.

В этот же период согласовываются с пациентом цели консультирования. Согласование происходит в определенном порядке.

Сначала выясняется цель, которую преследует пациент, поступая на лечение. Этот процесс может иметь несколько вариантов, требующих со стороны консультанта соответствующих тактических и психотехнических приемов:

1. Если цели пациента реальны и соответствуют возможностям консультанта, то можно начинать консультирование.
2. Достаточно часто пациенты могут вообще не ставить перед собой никаких целей, предполагая, что все проблемы за него будут решать специалисты. В таком случае больной предъявляет к консультанту завышенные и необоснованные требования. При таком варианте консультант предоставляет пациенту информацию о реальных возможностях и целях индивидуальной работы. Обычно такая информация содержит в себе указанные выше цели консультирования. Однако их можно сформулировать и более кратко: «Помощь в решении проблем, мешающих прекратить потребление ПАВ и поддерживать трезвый образ жизни». Если же при наличии второго варианта выяснения цели лечения пациент, даже после вышеописанных действий консультанта, продолжает настаивать на нереальных целях, от консультирования следует отказаться.
3. Пациент считает, что у него нет проблем, связанных с алкоголизацией или потреблением психоактивных веществ. При этом варианте можно попробовать совместно с пациентом разобраться в том, действительно ли у него нет проблем с потреблением ПАВ, применяя для этого различные психотехники. Однако если это не приносит результата и пациент продолжает отрицать наличие признаков заболевания, следует прекратить дальнейшие попытки продолжать с ним индивидуальные консультации; однако можно предложить ему прохождение лечения в рамках общей психотерапевтической программы отделения.

Если цели и предмет консультирования удается согласовать, то можно начать процесс индивидуальной работы.

2-й этап консультирования – предоставление информации о процессе консультирования. Пациенту предлагаются следующие основные сведения.

- Цель консультирования. Основная цель – помощь пациенту в процессе прохождения лечения в психотерапевтической программе и в построении дальнейшей программы его личностного и социального восстановления.
- Приблизительные сроки и частота консультирования. Консультации идут в течение всего срока нахождения пациента в стационаре. Частота их зависит от скорости выполнения пациентом предлагаемых ему заданий или заполнения опросников: обычно занятия проводятся 2-3 раза в неделю и по продолжительности они составляют 30-50 минут.
- Возможные положительные или отрицательные изменения в эмоциональном состоянии пациента в период лечения в отделении и индивидуального консультирования. Чаще всего они соответствуют этапам личностно-эмоциональных изменений у больных с зависимостью от ПАВ, описанным в V-й главе.
- Границы конфиденциальности. Так как в работе с пациентом занята вся команда специалистов отделения, существует потребность в обмене информацией между ними о психологическом состоянии того или иного пациента. Соответственно, желательно предоставлять другим сотрудникам программы информацию только о психологическом состоянии больного, его отношении к лечению, выполнению заданий и о понимании им того или иного аспекта лечебной программы. Ни в коем случае не предоставляются сведения, полученные в процессе консультирования и имеющие личностную ценность для пациента.

Обязательным условием является предоставление той же, что и пациенту, информации его родным и близким. Кроме того, желательно достаточно настойчиво им предлагать посещать специальные консультации для родственников пациентов с зависимостью от ПАВ, проводящиеся

сотрудниками отделения, как в целом по больнице (информационный материал), так и в самом отделении.

3-й этап консультирования – заключение договора-контракта, в котором оговариваются права и обязанности как консультанта (психотерапевта, психолога, социального работника), так и пациента. Договор-контракт может оговариваться устно, но может оформляться и письменно, особенно, если есть предположение, что пациент начнет манипулировать, ссылаясь на плохую память, или напрямую отказываться от условий соглашения.

- Консультант обязан выполнять условия, которые были им же самим представлены в виде информации о консультировании. Консультант имеет право отказаться (временно или постоянно) от консультирования пациента, если тот отказывается прямо или косвенно от терапевтического сотрудничества, т.е. отказывается или уклоняется от ответов на вопросы, выполнения заданий и т.д. без веских на то оснований.
- Пациент обязан выполнять рекомендации и задания консультанта, отвечать на вопросы, возникающие в процессе консультирования, и т.д. Пациент имеет право не исполнять те или иные свои обязанности, если считает, что их исполнение угрожает ему как личности. Однако в данном случае он обязан сформулировать и объяснить, чем или каким образом тот или иной вопрос или задание, предложенные ему консультантом, могут негативно воздействовать на его личность.

На этом же этапе пациенту предлагаются для ознакомления и заполнения специальные опросники, применяемые в программе.

4-й этап – собственно консультационная индивидуальная работа. В этот период консультант должен применять все доступные ему техники консультирования для наиболее эффективного решения задач и целей его проведения, а также следить за неукоснительным выполнением пациентом условий договора-контракта. Если больному с зависимостью от ПАВ разрешить не выполнять те или иные обязанности, ранее уже оговоренные в договоре, то, скорее всего, консультирование будет неэффективным.

К главным техническим фазам консультационной работы на этом этапе можно отнести:

Установление терапевтического (консультационного) контакта. Он осуществляется с помощью различных технических приемов «присоединения» к пациенту: позой, движениями, жестами, дыханием, мимикой, манерой речи, использованием специфических жаргонных выражений и т.д. Иными словами, поведение психотерапевта должно соответствовать состоянию пациента и его запросам к консультанту, если эти запросы, конечно, не противоречат здравому смыслу. Однако следует подчеркнуть обязательную естественность позиции психотерапевта в рамках «присоединения»: если для консультанта как личности неприемлемо что-либо в поведении пациента, то не следует пытаться осуществить присоединение по такому параметру. Кроме того, возникают случаи, когда пациент может занять демонстративную, конфронтационную позицию по отношению к консультанту: он нацелен на поиск оплошностей у консультанта для реализации манипуляций им. В данной ситуации следует принять позицию конфронтации пациента и либо вступить в конструктивную конфронтацию с ним, если есть предположение об эффективности такого развития событий, либо отказаться от продолжения консультирования и совместно с клиентом обсудить сложившуюся ситуацию.

Если «присоединение» психотерапевта (консультанта) к пациенту достигнуто, то в процессе консультирования терапевт может воздействовать на патологические проявления, демонстрируемые в поведении пациентом, изменяя самостоятельно конгруэнтное с пациентом поведение на более адекватное: при полноценном присоединении пациент будет следовать за конструктивными поведенческими тенденциями консультанта.

В установлении контакта также важно определить физическую дистанцию, на которой должны находиться пациент и консультант друг от друга: чем ближе планируется психологический контакт, тем ближе должны находиться друг к другу пациент и консультирующий его специалист. Во время первых контактов, когда оговариваются условия консультирования, с целью уменьшения у паци-

ента напряженности допустимо вести с ним разговор через стол. Однако в период непосредственной работы дистанция между пациентом и консультантом, хотя и может выбираться индивидуально, но между ними уже не должно быть физических препятствий. Поза консультанта должна быть «открытой» и полностью просматриваться клиентом. Кроме того, консультант также должен видеть всего пациента целиком с целью определения не только его вербальных, но и невербальных знаков, возникающих в виде реакции на стимулы ситуации консультирования.

Отношение консультанта к клиенту существенно влияет на установление между ними продуктивного терапевтического контакта. Основным в позиции терапевта считается, что он должен, безусловно, принимать пациента как личность: со всеми его установками, ценностями, мыслями и желаниями. Однако безусловное принятие не означает, что консультант должен принимать и разделять патологические проявления, характерные для больных зависимостью и проявляющиеся в их словах, мыслях и поступках. Выявление и терапевтическое изменение подобной патологии – цель психотерапии пациентов, страдающих зависимостью. Разделение личности пациента и демонстрируемых им патологических проявлений болезни – достаточно сложная задача для консультанта, но если он с ней в состоянии справиться, то можно ожидать достаточно высокой результативности психотерапевтической работы. Однако в случае, когда консультант не может по каким-то причинам, безусловно, принять какого-либо пациента и, соответственно, отделить его личность и проявления болезни, он должен передать такого пациента для индивидуальной работы другому специалисту.

Отношение консультанта к пациенту обычно реализуется через умение специалиста слушать и задавать вопросы.

Умение слушать заключается, прежде всего, в адекватной эмоциональной реакции консультанта на различные этапы рассказа больного, корректном поведении и внимательном отношении, которое обычно проявляется определенными мимическими реакциями и визуальным контактом консультанта с пациентом. Несомненно, не нужно постоянно смотреть на пациента – это может вызвать у него только излишнюю напряженность и, тем самым, усилить сопротивление психотерапии. Вполне достаточно периодически визуально контактировать с пациентом, давая ему понять, что консультант его внимательно слушает и поддерживает его. Однако специалисту следует боковым зрением отмечать у пациента невербальные коммуникативные проявления с целью выяснения их соответствия его вербальной продукции.

Предъявление большого количества вопросов пациенту не всегда приводит к прояснению проблемы, а наоборот, может запутать и консультанта, и пациента. Количество и качество вопросов к клиенту определяют степень подготовленности и опыт консультанта. Чем меньше вопросов задает специалист, тем больше сведений может предоставить ему пациент во время беседы. Соответственно, вопросы, если они задаются, должны формулироваться таким образом, чтобы в них не было ни малейшего намека на какой-либо ответ со стороны пациента. Они должны давать пациенту полную свободу выбора относительно направления консультативной беседы. Можно выделить три основных вида вопросов, которые наиболее целесообразно использовать в ходе консультирования:

1. Открытые вопросы: «Я Вас слушаю», «Начнем?» и т.п. Обычно эти вопросы задаются в начале беседы, когда до конца не определена тема совместной терапевтической работы.
2. Полузакрытые вопросы: «Что Вы можете сказать по этому поводу?», «Как Вы себе это представляете?» и т.д. Обычно эти вопросы очерчивают тему беседы. Вопросы, которые начинаются со слова «Почему?», задаются пациенту только в том случае, когда есть смысл или необходимость пойти на конфронтацию с ним, – если он (пациент), конечно, готов к ней.
3. Закрытые вопросы – это вопросы, на которые есть только альтернативные ответы, например: «Да» или «Нет». Обычно такие вопросы задаются консультантом, если ему необходимо завершить обсуждаемую тему или всю беседу.

Если консультант неправильно и не вовремя использует технику постановки вопросов, то это может привести к разрушению терапевтического контакта с пациентом.

Идентификация этапных проблем.

Идентификация, т.е. определение этапной проблемы для консультирования, должна осуществляться в результате совместной работы консультанта и пациента. В процессе консультирования необходимо выявить и решить совместно с пациентом главную проблему – понимание им наличия у себя проблем, связанных с потреблением привычного ПАВ. Достаточно часто добиться этого получается, лишь определив и решив ряд этапных проблем. Именно для этого и используются вышеназванные опросники – по первому Шагу программы АА/АН и «Описание истории болезни самим пациентом». И тот, и другой опросник направлены на более глубокий анализ и понимание пациентом его собственной болезни, а также на осознание невозможности продолжения им безопасного (без последствий) потребления алкоголя/наркотика («бессилия перед алкоголем/наркотиком») и понимание патологического влияния алкоголизма (зависимости) на все составляющие его жизнь процессы («потеря контроля над жизнью»).

При разборе опросника «Описание истории болезни самим пациентом» достаточно часто выявляется непонимание пациентом вышеназванных проблем. В таком случае, однако, не следует сразу приступать к их разрешению. Работа с опросником должна начинаться с разбора самых первых вопросов и постепенно продвигаться к пунктам, вызвавшим затруднения в понимании их пациентом. Следует отметить необходимость проверки понимания пациентом всех вопросов опросника, даже, несмотря на то, что внешне ответ может быть вполне адекватным. Это необходимо в связи с тем, что пациент может пользоваться чужими рекомендациями или какой-либо специальной литературой при заполнении анкеты, не осознавая, что стоит за написанным им ответом. Не совершив соответствующей проверки тех или иных утверждений пациента, консультант может пропустить проблему, без решения которой дальнейшее лечение пациента не даст позитивного результата. Нередко, по мере последовательного разбора всех вопросов опросника, не требуется дополнительной работы по прояснению ранее неадекватно воспринятых пациентом положений анкеты. Однако, если, несмотря на повторное рассмотрение истории болезни пациента, он не замечает противоречий в своем понимании проблем, возникших из-за болезненного употребления алкоголя или ПАВ, то следует зафиксировать и идентифицировать проблему и начать работу с ней.

Фиксация и идентификация проблемы обычно начинаются с фразы: «Правильно ли я Вас понял, что...», – далее формулируется проблема со слов пациента. Для дальнейшей работы следует обязательно согласовывать понимание проблемы консультантом с пониманием проблемы пациентом. Иначе можно зря потратить время на решение той или иной проблемы именно из-за того, что пациент может не принять интерпретацию проблемы, данную консультантом, заявив, что он (пациент) имел в виду совершенно другую проблемную ситуацию и что понимает он ее по-другому, нежели консультант. Правильно идентифицированная проблема может значительно облегчить работу с ней.

Работа с этапной проблемой.

Можно применять различные способы работы с выявленной проблемой. Наиболее часто применяемые методики – это:

- Свести проблему к внутриличностной, если пациент приписывает возникновение и развитие проблемы каким-то внешним причинам.
- Отделить проблему от личности больного, если проблема является следствием заболевания, а не личной ущербности человека.
- Упростить проблему, если пациент придает слишком большое, глобальное значение самой проблеме, а также последствиям ее нерешения или невозможности ее решения (из-за ее «глобальности»).

Довести проблему до завершения, прежде всего в воображении пациента. Наиболее часто помогают провести эту технологию следующие приемы:

1. Предложить множество вариантов решения проблемы. Такой способ возможен, если пациент драматизирует ситуацию с разрешением проблемы и считает, что если проблема им не будет решена сразу и радикально, то последствия этого будут трагическими.
2. Довести проблему до абсурда. Наиболее применима данная техника тогда, когда пациент предлагает собственные неадекватные, не основанные на реальности способы решения проблемы.
3. Техника парадоксальных интенций Франкла – используется в том случае, если пациент отказывается от всех представленных ему консультантом выходов из сложившейся проблемной ситуации. В таком случае ему предлагается продолжить свое саморазрушающее поведение, и при этом консультант аргументировано отвергает любые возможные, альтернативные варианты решения проблемы больного, которые обычно сам же пациент начинает в таком случае предлагать.

Для реализации данных способов решения проблемы пригодны те же коммуникативные психотехники, что и при групповой психотерапии, описанные выше: опрос, спецификация, интерпретация, конфронтация, иллюстрация, кристаллизация и обратная связь от терапевта.

5-й этап консультативной работы – заключительный. На этом этапе осуществляется подведение итогов работы и предоставление рекомендаций в отношении дальнейшего лечения и восстановления пациента. Здесь можно использовать следующие технические приемы: совет, директива и резюме.

Совет обычно выглядит как пожелание, общие рекомендации консультанта пациенту о том, что он должен делать после выписки из стационара. Желательно очертить перспективу последствий, которые могут возникнуть в жизни больного с зависимостью, если он не будет дальше заниматься своим восстановлением и придерживаться полученных в процессе лечения рекомендаций. Совет должен даваться только в том случае, если пациент настаивает на нем или же не против его выслушать. Ни в коем случае совет не следует навязывать пациенту.

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

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

Хорошо проведенная индивидуальная работа может значительно ускорить и улучшить процесс личностного восстановления пациента как во время лечения в стационаре, так и после выписки из него.

4.9. Семейная терапия в отделении

Учитывая достаточно существенное влияние близких родственников больного на создание деструктивной системы социальных взаимоотношений внутри семьи, в которой живет пациент, следует уделять большое внимание разбору внутрисемейных проблем, как с самими пациентами, так и с их родными. Во время стационарного лечения разбор характеристик семейной структуры и частных семейных проблем осуществляется на лекциях-беседах: «Игра: «Алкоголик»» и «Алкоголизм – семейная болезнь». Основная задача – помочь пациентам определить приоритеты в дальнейшем ходе восстановления: есть смысл учитывать позицию, что их излечение и трезвость могут быть, кроме них самих, никому больше не нужны. Соответственно, если пациент направляет усилия на становление трезвого образа жизни, не учитывая возможную заинтересованность или незаинтересованность в этом членов своей семьи, он, скорее всего, не будет испытывать

значительного эмоционального потрясения в период становления ремиссии, осознав, что его личная трезвость и нормализация жизни его родным обычно мало интересны. Проработка подобных ситуаций часто осуществляется и на сеансах групповой психотерапии с пациентами отделения, особенно по понедельникам, когда больные возвращаются в отделение после реабилитационных отпусков, необходимых им для адаптации в семье. Разбор в группах проблем, возникших в результате взаимодействия пациентов с родными и близкими в новых для них всех условиях, помогает больным с зависимостью в дальнейшем более адекватно строить отношения с родными и реагировать на возникающие в связи с этим стрессы. Основные темы для анализа в группах: конфликты, дисфункциональные семьи, созависимость.

Кроме работы с пациентами по осознанию влияния на их дальнейшее восстановление сформировавшейся алкогольной/наркотической семейной системы, специалисты отделения пытаются привлечь к консультированию их родственников. Нередко задача привлечения родственников пациентов к такой работе является трудновыполнимой. Несмотря на все объяснения и договоренности со специалистами, большинство родных и близких пациентов все же избегают ходить на консультации и не пытаются получить знания о том, чем они могут помочь своим родственникам, страдающим зависимостью от ПАВ, в период отказа их от потребления.

Однако, несмотря на указанные проблемы, все же следует четко доносить до родственников больных мысль о том, что результат лечения пациента во многом зависит также и от соблюдения ими – его родными – определенных правил поведения, как в период лечения больного, так и после его выписки из стационара. Если же родные пациента не будут посещать консультации и, соответственно, соблюдать определенные правила общения с больными, то, скорее всего, все успехи, достигнутые пациентами во время лечения в программе, в послелечебный период будут сведены на нет, в основном, из-за неправильного поведения именно близких больного.

Основными направлениями работы с родственниками больных с зависимостью являются информирование и консультирование.

Информация подается в виде лекций. Лекции проходят систематически: в определенный день раз в неделю, непрерывно, циклами. Цикл состоит из двух информационных двухчасовых лекционных блоков, объединенных общей тематикой. Один из информационных блоков посвящен теме био-психо-социальных нарушений, которые наблюдаются у больных с зависимостью в процессе развития их заболевания. Второй блок ориентирован на донесение до родных и близких больных основ знаний о нарушениях в социальной системе, в которой существуют как сами больные, так и их родственники и друзья. Огромное внимание уделяется тем способам, которые могут помочь близким больных алкоголизмом или наркоманией конструктивно изменить сложившуюся патологическую социальную систему. Кроме того, во второй лекции данного блока рассказывается о системе поддержки близких больных с зависимостью, осуществляемой в рамках групп самопомощи АлАнон/НарАнон.

Индивидуальная и групповая консультативная или психотерапевтическая работа с родственниками пациентов отделения. Она ведется по тем же принципам, что и работа с пациентами отделения. Цель данной работы – помочь членам семей получить навык адекватно ограждать себя от патологического воздействия на их личность проявлений болезни зависимого от ПАВ человека, а также освоить способы конструктивного изменения патологической семейной системы взаимоотношений, особенно в плане личного участия в ней.

Опыт показал, что если члены семьи пациента отделения участвуют в вышеназванных программах для родственников больных с зависимостью от психоактивных веществ, прогноз эффективности его лечения существенно улучшается и, соответственно, значительно облегчается прохождения больным периода становление у него ремиссии.

Глава 5. Динамика личностно-эмоциональных реакций у больных зависимостью от ПАВ в процессе лечения в стационарном отделении с интенсивной лечебно-реабилитационной программой

В ходе изучения и анализа изменений, происходящих с пациентами в процессе реализации разработанной лечебно-реабилитационной программы для стационарного лечения больных алкоголизмом и наркоманией, были выявлены определенные этапы динамики личностно-эмоциональных реакций на психотерапевтическое воздействие. В оценке этих этапов оказалось полезным их разделение по К. Юнгу (1928). К. Юнг выделял несколько этапов личностно-эмоциональных изменений, через которые проходит человек в процессе психотерапии до момента полного разрешения той или иной психологической проблемы, ее преодоления: 1. Прозрение; 2. Понимание; 3. Обучение; 4. Присвоение.

Наш опыт показал, что в рамках предлагаемой стационарной программы больные зависимостью обычно проходят первые два этапа – «прозрение» и «понимание». Как правило, это выражается в признании наличия у себя проблем, связанных со злоупотреблением алкоголем/наркотиком, и в понимании и принятии необходимости поддержания в дальнейшем трезвого образа жизни. Этапы «обучения» и «присвоения» реализуются по мере восстановления пациентов по программе АА/АН, когда они, посещая группы, осваивают новые способы решения проблем – без применения ПАВ – и в дальнейшем пытаются применить их в жизни.

Так как сам процесс прозрения и понимания часто оказывается болезненным для человека, то по мере продвижения в лечебной программе больной, страдающий зависимостью, проходит ряд фаз (стадий), связанных с переживаниями по поводу необходимости его окончательного полного отказа от приема алкоголя/наркотика. Эти фазы соответствуют стадиям реагирования любого человека на потерю или иное субъективно высоко значимое ограничение (E. Cubler-Ross, 1969). Они таковы:

1. Отрицание.
2. Агрессия (обвинение других, поиск виновного).
3. Поиск компромисса (сделка).
4. Депрессия.
5. Адаптация (принятие факта болезни и готовность изменить свою жизнь).

Отрицание – самый частый механизм психологической защиты, действующий при возникновении серьезных жизненных проблем или потерь. Отрицание наиболее характерно и для первых контактов больного зависимостью от ПАВ с той реальностью, которая складывается вокруг него по мере прогрессирования заболевания. Часто именно врач, психолог или консультант – первые люди, которые прямо говорят больному о тех проблемах, которые у него возникли в процессе злоупотребления им алкоголем/наркотиком. Такие заявления бывают крайне неприятны, и больной человек начинает защищать свою психику от подобных болезненных вторжений. Отрицание у пациентов во время лечения в отделении может проявляться по-разному, например, как:

- непонимание тех фактов об алкоголизме/наркомании, которые объясняют специалисты программы или другие пациенты, т.е. вербализированная информация просто «не доходит» до сознания больного и не воспринимается ее истинный смысл (иногда информация воспринимается в искаженном виде);
- засыпание или появление сильной сонливости во время бесед (лекций, групповых занятий и т.д.);
- появление психосоматических заболеваний, которые, как правило, отмечаются в самый начальный период психотерапевтического лечения (этап первичного контакта), как ответ на

изменения в психике больного (головные боли, обострение хронических заболеваний психосоматической этиологической группы и пр.);
- отказ от бесед и встреч с людьми, которые поднимают в разговоре тему злоупотребления алкоголем/наркотиком. Проявляется в неприятии больным членов АА/АН при посещении групп сообщества, в отделении – лекторов и лекционного материала, групповых занятий и их ведущих и т.д. Обычно при возникновении у пациента таких проблем он отказывается от дальнейшего лечения или провоцирует администрацию отделения на принятие к себе жестких дисциплинарных мер, вплоть до выписки за нарушение режима (например, систематически нарушая режимные правила);
- непринятие и непризнание больным проблем, которые возникли из-за потребления, несмотря на то, что они очевидны, и т.д.

Переход от фазы отрицания к фазе агрессии часто характеризуется тем, что человек начинает применять различные психологические защиты. Наиболее распространены у больных зависимостью в такие периоды следующие виды психологических защит:
- рационализация – нахождение «рациональных» объяснений, оправдывающих злоупотребление алкоголем/наркотиками;
- соглашательство – ложное принятие доводов терапевта о негативном воздействии алкоголизации/наркотизации на жизнь и личность больного;
- интеллектуализация – привлечение больным для оправдания своего потребления «научных» знаний о пользе алкоголя/наркотиков, часто без соотнесения со своей личной системой потребления, использование во время психотерапевтической работы приема «философствования» с целью ухода от открытого обсуждения своих проблем, связанных с потреблением алкоголя/наркотика;
- идентификация (сравнение, отождествление) – сравнение потребления окружающих со своим потреблением алкоголя/наркотика для выяснения (утверждения) схожести между ними («как у всех»).

Когда психологические защиты не приносят больному ожидаемого результата, начинается ***фаза агрессии***.

Агрессия у больных зависимостью от ПАВ проявляется чаще всего в поиске ответственных за свое потребление среди окружающих и обвинении их в этом:
- жена «засунула» в больницу, в которой из меня делают алкоголика/наркомана;
- врачи виноваты, так как не могут вылечить алкоголизм/наркоманию;
- психологи не хотят решать проблемы за больного, не объясняют, как можно не пить/не потреблять, ничего не меняя в жизни;
- консультанты только и твердят о том, что для того, чтобы не пить/не потреблять, нужно что-то менять в своей жизни и ходить в группы АА/АН;
- правительство не дает нормально жить;
- как можно лечиться в «таких» (плохих) условиях;
- как можно лечиться у таких плохих специалистов (женщин, мужчин, неалкоголиков, алкоголиков, неграмотных, бессердечных, молодых и пр.).

Это – те обвинения, которые чаще всего используют больные. Кроме активных форм агрессии, возможно направление агрессии больным на самого себя, что проявляется в самобичевании, самоуничижении и самообвинении.

Именно на этапах отрицания и агрессии наиболее эффективно включение в систему лечения больных зависимостью различных психотерапевтических методик, в первую очередь, направляемых на преодоление психологических защит, выявление и психотерапевтическую проработку сопротивления лечению и агрессии.

Поиск компромисса или «сделка» являются также попыткой сгладить неприятное эмоциональное состояние, возникшее в результате понимания пациентом наличия у себя проблем, связанных с потреблением алкоголя/наркотика и формирования заболевания. На этом этапе больной с за-

висимостью пытается найти способ решить вышеназванные проблемы без полного прекращения потребления алкоголя/наркотика. С целью оставить за собой возможность когда-нибудь его потреблять, пациент ищет варианты контролируемого потребления, оправдывает различными причинами свое нежелание заниматься процессом личностного восстановления и т.д.; он заявляет:

- если совсем не пить/потреблять год или больше, то все симптомы заболевания пропадут, и снова можно будет пить/потреблять понемногу;
- я не полностью алкоголик/наркоман: процентов на 30-50;
- иногда я могу контролировать потребление, иногда – нет; значит, иногда я болен, иногда – нет; и т.д.

Одним из вариантов поиска компромисса является попытка больного с зависимостью совершить «сделку» с психотерапевтом (консультантом), т.е. установить с ним какие-либо особые отношения с целью уклонения от лечения. Например, он стремится создать общие «секреты», предложить решение хозяйственных или личных проблем психотерапевта, делать подарки и т.д. Для терапевта важно не пропустить в процессе психотерапевтической работы проявления данного этапа личностных реакций на ограничение, наблюдающиеся в поведении и мышлении пациента. Достаточно часто на этой стадии больные начинают активно посещать группы АА/АН, но при ближайшем рассмотрении выясняется, что это делается для того, чтобы не посещать занятия по лечебной программе: в группах АА/АН можно отмолчаться. Если пациент завершает лечение в этой фазе, то он нередко просит ввести перед выпиской препараты «Торпедо» или «Эспераль», сделать «Блокатор».

Фаза депрессии наиболее сложна для понимания и диагностики, так как депрессия часто маскируется под другие заболевания или психические нарушения. Нередко при зависимости депрессия не носит выраженного характера и вполне может быть купирована с помощью психотерапевтических мероприятий. Кроме того, полноценное проживание подобных эмоциональных этапных состояний, особенно совместно со специалистами или поддерживающими и принимающими пациента людьми, например, из сообщества АА/АН, на наш взгляд наиболее эффективно в рамках терапии зависимости, так как улучшает прогноз лечения, позволяя пациенту развиваться эмоционально и набирать опыт разрешения сложных жизненных проблем (ситуаций) без применения ПАВ. В связи с этим, применение в период фазы «депрессии» препаратов из группы антидепрессантов в ходе психотерапевтического лечения может сыграть негативную роль – не даст возможность пациенту полностью завершить данную фазу ситуации личностного переживания отказа от потребления алкоголя/наркотика.

Обычно скрытые формы, которые может принимать депрессия, возникают на 3-4-й неделе лечения в отделении или несколько позже. Чаще всего это такие ее «маски»:

1. нарушения сна;
2. обострение хронических заболеваний;
3. боли в области внутренних органов, без объективного подтверждения нарушения их функционирования;
4. частые головные боли;
5. тревожность без особых внешних причин;
6. эмоциональная усталость, снижение настроения;
7. повышенная забота о других людях, при отсутствии внимания к себе и своему лечению.

Если с помощью специалистов, работающих в отделении, достаточно хорошо проработаны фазы отрицания, агрессии и поиска компромисса, то проявления фазы депрессии могут быть практически нивелированы или будут постепенно преодолеваться пациентом без выраженного ухудшения самочувствия. Наиболее часто в такой ситуации у пациента наблюдается появление небольшой эмоциональной усталости от участия в программных мероприятиях.

Этап адаптации характеризуется полным признанием пациентом наличия у себя болезни, а также построением своей дальнейшей жизни с учетом наличия у себя заболевания, в том числе началом действий по реализации программы личностного восстановления.

Однако не все пациенты полностью проходят эти стадии эмоциональных реакций на окончательный отказ от алкоголя/наркотика в процессе психотерапевтического лечения. Многие могут «остановиться» либо на этапе отрицания, либо в фазе агрессии, либо на этапе поиска компромисса, либо в фазе депрессии. «Застревание» больного с зависимостью на одном из этих этапов личностной переработки проблемы необходимости отказа от спиртного/наркотика в дальнейшем может вновь вернуть его к возобновлению потребления ПАВ.

Даже если больной зависимостью в процессе лечения полноценно пройдет все указанные этапы переживания проблемы отказа, но в фазе адаптации не начнет кардинально менять свой образ жизни, он, как и пациенты, «застрявшие» на других этапах, вновь может начать алкоголизироваться/наркотизироваться. Соответственно, дальнейшее после лечения в отделении изменение больным своего поведения в окружающей его социальной структуре, например, с помощью методологии сообщества Анонимных Алкоголиков/Анонимных Наркоманов, не менее важно для личностного восстановления (выздоровления от зависимости), чем собственно лечение.

Глава 6. Оценка эффективности интенсивной лечебно-реабилитационной программы с использованием методологии «12 шагов»

Эффективность реализации в специализированном психотерапевтическом отделении целевой лечебно-реабилитационной программы с применением в ее рамках методологии «12 Шагов» АА/АН оценивалась на основе методики контроля качества ремиссии у пациентов, описанной в главе II. Всего было изучено состояние 707 больных, лечившихся в отделении в 1996-1998 годах.

Показатели ремиссии у больных, прошедших курс лечения.

Показатели ремиссии отслеживались по следующим ***срокам***: свыше 6 месяцев, свыше 9 месяцев, свыше 12 месяцев, свыше 24 месяцев. Средний срок катамнеза – 18 месяцев (1,5 года).

Данные наблюдения приведены в ***таблице 1***:

Таблица 1

Сроки ремиссии		*Свыше 6 мес.*	*Свыше 9 мес.*	*Свыше 12 мес.*	*Свыше 24 мес.*
1996 год	Кол-во пациентов	154 чел. 70,3%	132 чел. 60,3%	78 чел. 35,6%	59 чел. 26,9%
	Отсев	42 чел. 19,2%	22 чел. 10%	54 чел. 24,7%	19 чел. 8,7%
1997 год	Кол-во пациентов	173 чел. 69,5%	150 чел. 60,2%	82 чел. 32,9%	63 чел. 25,3%
	Отсев	49 чел. 19,7%	23 чел. 9,2%	68 чел. 27,3%	19 чел. 7,6%
1998 год	Кол-во пациентов	186 чел. 77,8%	155 чел. 64,9%	93 чел. 38,9%	71 чел. 29,7%
	Отсев	45 чел. 18,8%	21 чел. 8,8%	62 чел. 26%	21 чел. 8,4%
Всего	Кол-во пациентов	513 чел. 72,6%	437 чел. 61,8%	253 чел. 35,7%	193 чел. 27,3%
	Отсев	136 чел. 19,2%	66 чел. 9,3 %	184 чел. 26%	59 чел. 8,4%

Снижение количества больных, на которых отсутствовали данные, в 1998 году было обусловлено прекращением госпитализации пациентов, не имеющих регистрации (не проживающих) в г. Москве.

Анализ показал, что наибольшее количество «срывов» у больных происходит в первые 6 месяцев и в последний квартал первого года после окончания лечения. Для получения более полного представления о причинах «срывов» в послелечебный период у различных категорий пациентов, прошедших лечение в лечебно-реабилитационной программе, и обоснования мер по их профилактике необходимо рассмотреть взаимосвязь состояния пациентов и их «включенности» в работу по программе «12 Шагов» (а одновременно – и эффективность такой системы психотерапевтической работы).

Корреляция длительности сроков ремиссии с посещением больными групп АА.

После окончания лечения в программе начало посещать группы АА /АН следующее количество пациентов (***таблица 2***):

Таблица 2

1996 год		***1997 год***		***1998 год***	
Начали посещать АА	Не посещали	Начали посещать АА	Не посещали	Начали посещать АА	Не посещали
131 чел. 59,8%	88 чел. 40,2%	153 чел. 61,4%	96 чел. 38,6%	142 чел. 59,4%	97 чел. 40,6%

Всего:	
Начали посещать АА	Не посещали
426 чел. 60,3% от прошедших лечение 40,3% от поступивших на лечение	281 чел. 39,7% от прошедших лечение 26,6% от поступивших на лечение

Длительные ремиссии (более 2-х лет) у больных, прошедших полный курс лечения в отделении, значительно чаще отмечались у тех, кто посещал группы АА/АН (***таблица 3***):

Таблица 3

	1996 год	***1997 год***	***1998 год***	***Всего***
Ремиссия	Свыше 24 мес.	Свыше 24 мес.	Свыше 24 мес.	
Всего чел.	59 чел.	63 чел.	71 чел.	193 чел.
Посещ. АА/АН	55 чел.	57 чел.	63 чел.	175 чел. 90,1%
Не посещ. группы	4 чел.	6 чел.	8 чел.	18 чел.

Из этой таблицы очевидно, что 90,1% больных с ремиссией свыше 2-х лет приобщились к АА/АН.

Зависимость частоты развития «срывов» у пациентов, полностью прошедших курс лечения, от посещения или непосещения ими в период послелечебной реабилитации групп сообщества АА/АН в период послелечебной реабилитации демонстрируют следующие данные. Всего срывы наблюдались у 445 из 707 чел., прошедших полный курс лечения (62,9%); однако из них 306 чел. (68,7%), в свою очередь, не посещали занятия АА, а 139 чел. (31,3%) посещали: различие очевидное. Наибольшую способность к продолжению процесса реабилитации после «срывов»также выказывают пациенты, посещающие группы АА/АН.

Отмечается высокий уровень рецидивов в первые полгода после лечения у пациентов, отказавшихся от посещения групп самопомощи и не имеющих установки на трезвый образ жизни. Последний квартал первого года после лечения дает также высокий показатель «срывов» среди больных. Он складывается из данных на лиц, имеющих установку на трезвость, но не посещающих группы АА/АН, и на лиц, посещающих группы АА/АН, но не в должной мере использующих методологические рекомендации этого сообщества. Такое положение вещей наиболее показательно наблюдается в следующей позиции, оценивающей связь сроков ремиссии с соблюдением пациентами методологии работы по программе АА/АН «12 Шагов» и правил существования в сообще-

стве – «12 Традиций», с использованием в период восстановления Девизов АА/АН, помощи наставников, социальной поддержки членов сообщества и т.д.

В результате обследования пациентов, посещавших группы АА/АН, но «сорвавшихся» в послелечебный период, выявилось несоблюдение ими, в той или иной мере, методологии восстановления по программе этого сообщества.

Можно констатировать также прямую корреляцию между длительностью ремиссии у пациентов, прошедших лечение в отделении, и соблюдением ими методологии сообщества АА/АН. Так, ремиссия свыше 2-х лет (за 1996-1998 годы) наблюдалась у 194 человек, посещавших эти группы. Из них только 37 человек не полностью соблюдали методологию восстановления по программе, в основном, ограничивались лишь регулярным посещением групп сообщества, что составляет 19% от общего числа пациентов, использовавших в своей реабилитации систему АА/АН.

Ряд пациентов из числа полностью окончивших курс лечения после рецидива в послелечебный период продолжили процесс реабилитации, что отразилось в следующих их действиях:

1. Повторное обращение к прохождению программы после «срыва» в течение первого года после первичного лечения в отделении. Наибольшую заинтересованность в повторном сотрудничестве с лечебной программой после «срыва» для своего дальнейшего выздоровления демонстрируют пациенты, посещающие группы самопомощи.
2. Продолжение посещения групп АА/АН без обращения за профессиональной помощью в категории пациентов «Посещающие группы АА/АН после лечения».
3. Начали посещать группы АА/АН без дополнительного обращения за профессиональной помощью в категории пациентов «Не посещающие группы АА/АН после лечения»

Последние две позиции демонстрируют возможности различных категорий пациентов в плане восстановления по методологии АА/АН и использования ими ресурсов данной программы для преодоления болезни после произошедшего у них «срыва». Наибольшую способность к продолжению процесса восстановления без обращения за профессиональной помощью выказывают пациенты, посещающие группы АА/АН. Однако имеются и единичные случаи прихода после «срыва» в программу сообщества тех пациентов, которые до того группы АА/АН не посещали и не собирались использовать их методологию.

Снижение тяжести течения алкоголизма и улучшение социальной адаптации у больных, прошедших лечение в отделении, но продолжающих алкоголизацию.

В полном объеме провести опрос родственников пациентов, прошедших лечение в отделении за 1996-1998 годы, но продолжающих алкоголизироваться, удалось у 108 человек. Опрос проводился по следующим позициям:

- улучшение показателей социальной адаптации (наличие работы, семьи и т.д.) по сравнению с долечебным периодом;
- увеличение длительности перерывов между запоями по сравнению с долечебным периодом;
- снижение тяжести и длительности периодов алкоголизации по сравнению с долечебным периодом;
- снижение выраженности (уменьшение числа срывов) анти- и асоциального поведения – как в периоды потребления алкоголя, так и трезвости – по сравнению с долечебным периодом.

Удалось выявить позитивные сдвиги в алкогольных паттернах и показателях социальной адаптации минимум по 3-м позициям опроса у 58 человек, что составило 53,7% от изученных пациентов, продолжающих потребление алкоголя. Этот показатель еще раз демонстрирует эффективность лечебной программы даже в отношении лиц, не прекращающих потребление алкоголя после лечения в отделении.

Анализ случаев нарушения режима, совершенных пациентами в период лечения в отделении.

Структура нарушений больными режима отделения по годам такова (***таблица 4***):

Таблица 4

	1996 год			***1997 год***			***1998 год***			***Всего***
Категории нарушений	Кол-во чел.	% от поступивших	% от нарушений	Кол-во чел.	% от поступивших	% от нарушений	Кол-во чел.	% от поступивших	% от нарушений	
Всего	112	33,1%	-	118	31,6%	-	106	30,2%	-	336 чел. 31,6%
Самовол. уход	23	6,8%	20,5%	23	6,2%	19,5%	6	1,2%	5,7%	49 чел. 4,7%
Рецидив	24	7,1%	21,4%	42	11,3%	35,5%	27	7,8%	25,5%	93 чел. 8,7%
Другое	-	-	-	-	-	-	12	3,5%	11,3%	12 чел. 3,5%
Отказ от лечения	65	19,2%	58,1%	53	14,2%	45%	61	17,7%	57,5%	179 чел. 17%

Из таблицы видно, что наиболее часто имел место отказ от лечения, и что в каждом последующем году происходило уменьшение общего числа нарушений режима отделения пациентами. Значительно сократилось и число выписок за самовольный уход из отделения, что, несомненно, говорит о совершенствовании лечебной программы по мере ее внедрения и улучшения профессиональной подготовки сотрудников отделения. Некоторое увеличение числа случаев отказа от лечения в 1998 году было связано с неправильной организацией распределения больных на этапе направления их на госпитализацию администрацией НБ № 19: в отделение направлялись пациенты, не имевшие установки как на лечение вообще, так и на психотерапевтическое лечение в частности.

Интересны показатели динамики числа нарушений режима в зависимости от сроков нахождения пациентов на лечении:

1. Самовольный уход – наибольшее количество этих нарушений происходит в период между 1-й и 3-й неделей лечения. Это связано, в первую очередь, с нежеланием пациентов продолжать лечение по программе.
2. Рецидивы – такая же картина.
3. Другие нарушения – это в основном отказ от сотрудничества с консультантами и психологами; динамически этот процесс мало чем отличается от двух предыдущих. Можно предположить, что все три вида перечисленных выше нарушений являются проявлениями различных модификаций сопротивления лечению, проявляемого пациентами.
4. Отказы от лечения – наибольшее их число (89% от общего количества всех отказов) происходит на первой и второй неделе лечения, т.е. в период, когда пациенты еще непосредственно не приступают к программе, или же в первые дни их подключения к лечебно-реабилитационному процессу. Высокие цифры отказов от лечения в эти временные периоды лечения обуславливаются механизмами отрицания болезни и отсутствием мотивации к лечению.

Жесткий подход к формированию социальной среды внутри отделения, высокие требования к пациентам в отношении их участия в лечебном процессе и другие особенности работы отделения вызывают сомнения у многих специалистов в том, что пациенты смогут удерживаться в данной лечебной программе. Особенно возрастают эти сомнения, если учитывается фактор формального отбора больных для лечения по программе. Необоснованность таких опасений подтверждают данные ***таблицы 5*** – сравнение количества нарушений режима среди пациентов, поступивших на лечение в отделение, со средними данными по больнице.

Таблица 5

Нарушения режима	*1996 год*	*1997 год*	*1998 год*
По отделению	33,1%	31,6%	30,2%
По больнице	39,4%	46,9%	49%

Доля пациентов, выбывших за нарушения режима в процессе лечения, в других отделениях – 40-50% от всех поступивших. Однако в этих отделениях не практикуется немедленная выписка больного нарушившего режим: у отдельных пациентов отмечаются 2-3 случая опьянения за период лечения, а также фиксируется множество других нарушений режима, не связанных с алкоголизацией.

Таким образом, эффективность применения стационарной лечебно-реабилитационной программы на основе методологии «12 Шагов» АА/АН подтверждается как данными анализа поведения больных во время пребывания в отделении, так и результатами катамнестического наблюдения за ними после выписки из стационара.

Список литературы

1. Айзенбах-Штангль И. Движение Анонимные Алкоголики. // Политика в отношении алкоголя и наркотиков: материалы ВОЗ и ООН. – Вопросы наркологии. – 1996. – Внеочередной номер. – С. 47.
2. Алкоголики о себе. – М.: Информ-12, 1997. – С. 224.
3. Алкоголизм - семейная болезнь. – М.: Двенадцать, 1994. – С. 11.
4. Алкоголь и здоровье населения России 1900-2000. // Материалы Всероссийского Форума по политике в области общественного здоровья «Алкоголь и здоровье» 1996-1998 г.г. / Под редакцией Демина А.К. – М.: Российская ассоциация общественного здоровья, 1998. – С. 400.
5. Анонимные алкоголики. – Нью-Йорк: Alcoholics Anonymous World Services, Inc., 1989. – С. 22-181.
6. Антология социальной работы. – М.: Прогресс, 1995. – С. 3-5.
7. Барцалкина В.В. Программа духовного развития «12 шагов» в практике лечения алкоголизма. // Ж. Мир психологии и психология в мире. – 1994. – № 0. – С. 14-17.
8. Барцалкина В.В. Ад благих намерений. // Ж. Путь к себе. – 1993. – № 8/9. – С. 16-21.
9. Батищев В.В. 12-шаговые групповые программы в клинике алкоголизма. // Ж. Вопросы наркологии. – 1998. – № 2. – С. 62-82.
10. Батищев В.В. Основные принципы построения программы терапии зависимостей.//Психотерапия сегодня: Материалы III Всероссийской конференции по психотерапии. – М.: Издательство Института психотерапии, 1999. – С. 226-230.
11. Батищев В.В. Опыт адаптации Миннесотской модели лечения зависимости в стационарном психотерапевтическом отделении для больных алкоголизмом (Программа «Решение»).//Вопросы наркологии. – 2000. – № 4. – С. 38-44.
12. Батищев В.В. Результаты внедрения лечебно-реабилитационной программы «Решение».//Вопросы наркологии. – 2000. – № 4. – С. 22-32.
13. Батищев В.В., Негериш Н.В. Основные принципы построения программы терапии зависимостей. // Ж. Алкогольная болезнь. – 1999. – № 2. – С. 6-10.
14. Батищев В.В., Негериш Н.В. Миннесотская модель лечения больных зависимостью от психоактивных веществ. // Ж. Вопросы наркологии. – 1999. – № 3. – С. 69-76.
15. Батищев В.В., Негериш Н.В., Смирнова Е.В. Аддиктивное поведение. – Ставрополь: Учиздат, 2000. – С. 85.
16. Батищев В.В., Негериш Н.В. Проблемы организации программной психотерапевтической помощи в рамках наркологической службы. – М: Медицинская газета, 2000. – № 42. – С. 7.
17. Батищев В.В., Негериш Н.В. Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение. Программа «Решение»: теория и практика. – М: РБФ НАН, 2000. – С. 182.
18. Берн Э. Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных. – СПб.: Братство, 1991. – С. 58-69.
19. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры. – СПб.: Лениздат, 1992. – С. 24-107.
20. Берн Э. Секс в человеческой любви. – М.: Просвещение, 1990. – С. 56-77.
21. Берн Э. Трансактный анализ и психотерапия. – СПб.: Братство, 1992. – С. 34-46.
22. Берн Э. Трансактный анализ в группе. – М.: Лабиринт, 1994. – С 35-58.
23. Блум Ф., Лейзерсон А., Хофстедтер Л. Мозг, разум и поведение. – М.: Мир, 1988. – С. 65-94.

24. Браун Д., Педдер Д. Введение в психотерапию: принципы и практика психодинамики. – М.: Класс, 1998. – С. 215.
25. Валентик Ю.В., Зыков О.В., Цетлин М.Г. Теория и практика медико-социальной работы в наркологии. – М.: РБФ НАН, 1997. – С. 16 - 23.
26. Валентик Ю.В. Мишени психотерапии при алкоголизме. // Лекции по клинической наркологии. / Под редакцией Н.Н. Иванца. – М.: РБФ НАН, 1995. – С. 175-191.
27. Валентик Ю.В. Современные методы психотерапии больных алкоголизмом. // Лекции по клинической наркологии. / Под редакцией Н.Н. Иванца. – М.: РБФ НАН, 1995. – С. 175-191.
28. Воронович Б. Терапевтическая программа отделения отвыкания от алкогольной зависимости и роль в ней бывших больных алкоголизмом. // Сб. Вопросы психиатрии и наркологии. – Кустанай, 1991. – С. 127-131.
29. Воронович Б. Алкоголизм: природа, лечение, выздоровление. – М.: ООО ИИЦ «Информ-12», 1999. – С. 174.
30. Двенадцать шагов и двенадцать традиций. – Нью-Йорк: Alcoholics Anonymous World Services, Inc., 1989. – С. 213.
31. Дилемма брака с алкоголиком. – М.: Двенадцать, 1994. – С. 11.
32. Димофф Т., Карпер С. Как уберечь детей от наркотиков. – М.: Золотой теленок, 1999. – С. 223.
33. Жить трезвым. – Нью-Йорк: Alcoholics Anonymous World Services, Inc., 1990. – С. 7 - 165.
34. Зыков О.В., Цетлин М.Г. Духовно-ориентированные методы лечения наркологических заболеваний. // Лекции по клинической наркологии. / Под редакцией Н.Н. Иванца. – М.: РБФ НАН, 1995. – С. 206-212.
35. Иванец Н.Н. Международный летний семинар в Одессе. // Вопросы наркологии. – 1993. – № 1. – С. 8.
36. Иванец Н.Н. Современная концепция терапии наркологических заболеваний. // Лекции по клинической наркологии. / Под редакцией Н.Н. Иванца. – М.: РБФ НАН, 1995. – С. 119-121.
37. Иванец Н.Н., Валентик Ю.В. Алкоголизм. – М.: Наука, 1988. – С. 54-144.
38. Кондрашенко В.Т., Донской Д.И. Общая психотерапия. – Минск: Высшая школа, 1997. – С. 218-372.
39. Кочунас Р. Основы психологического консультирования. – М.: Академический Проэкт, 1999. – С. 239.
40. Кроссен Дж. Международный летний семинар в Одессе. // Вопросы наркологии. – 1993. – №1. – С. 9.
41. Лосева В.К., Луньков А.И. Рассмотрим проблему... – М.: ТОО ЭСИ, 1995. – С. 41-50.
42. Мартин Д. Беседы с мелом на доске. – СПб.: Фонд им. С. Батория, 1993. – С. 8-27.
43. Морозов Г.В., Рожнов В.Е., Бабаян Э.А. Алкоголизм: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1983. – С. 432.
44. Москаленко В.Д. Программа социальной работы с семьями больных алкоголизмом. – М.: Наука, 1992. – С. 10-12.
45. Нарахно К. Гештальттерапия. – Воронеж: НПО МОДЭК, 1995. – С. 58-60.
46. Негериш Н.В. Основные принципы и приемы проведения групповой психотерапии больных зависимостью от психоактивных веществ. // Вопросы наркологии. – 1999. – № 2. – С. 57–62.
47. Некоторые принципы взаимоотношений членов сообщества АА. Почему митинги АА помогают алкоголикам? // Ж. Арка. – Варшава – СПб.: Фонд им. С. Батория, 1997. – С. 37-40.

48. Осятинский В. Алкогольная зависимость: болезнь или порок. – СПб.: Институт Открытое Общество, 1997. – С. 37-62.
49. Осятинский В. Трезвеющая Россия. // Ж. Арка. – СПб.: Фонд им. С. Батория, 1998. – № 4. – С. 2-16.
50. Проценко Е.Н. 12-шаговые программы в Москве. // Вопросы наркологии. – 1993. – № 1. – С. 6.
51. Рудестам К. Групповая психотерапия. – М.: Прогресс, 1993. – С. 16-150.
52. Соломез Д.А., Чеурсон В., Соколовский Г. Наркотики и общество. – М.: ООО «Иллойн», 1998. – С. 192.
53. Спикард А., Томпсон Б. Страсть к спиртному: Что следует знать об алкоголизме. – Минск: Белпринт, 1993. – С. 116-147.
54. Тихорский Е. Как бросить пить. – СПб.: Братство, 1993. – С. 25-32.
55. Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Х., Хайман С.Е. Наркология. – М.-СПб.: Издательство БИНОМ – «Невский диалект», 1998. – С. 318.
56. Цетлин М.Г., Батищев В.В., Зыков О.В. Сообщества (группы) само- и взаимопомощи наркологических больных. // Руководство по наркологии под ред. Н.Н. Иванца. – М: Медпрактика, 2002. – Т. 2. – С. 296-314.
57. Шабанов П.Д., Калишевич С.Ю. Биология алкоголизма. – СПб.: Лань, 1998. – С. 272.
58. Шостром Э. Анти-Карнеги, или человек-манипулятор. – Минск: ТПЦ Полифакт, 1992. – С. 33-41.
59. Ширман А. Депрессия. Путь к исцелению. – М.: Деконт +, 1998. – С. 110.
60. Abbott M.W., R.A.M. Gregson. Cognitive disfunction in the prediction of relapse in alcoholics. – New York: The Free Press, 1981. – 24 p.
61. Alford G.S., Koehler R.A., Leonard J. Alcoholics Anonymus-Narcotics Anonimus model inpatient treatment of Chemically dependent adolescents: A II-year outcone study. – New York: Pergamon Press, 1991. – S. 13 –27.
62. Allen J.P. The interrelationship of alcohol assesment and treatment. – New York: Pergamon Press, 1991. – 153 p.
63. Annis H.M. A relapse prevention model for treatment of alcoholics. – New York: Plenum, 1986. – 28 p.
64. Atkinson S.J., Fischer J.L. Factor affecting codependent's support group attendance. – Texas: Tech University. // J.Alcohol. Treat. – Quart. N 1. – 1996. – S. 11-20.
65. Barton, R. Institutional Neurosis. – Bristol: John Wright, 1959. – S. 24-26.
66. Bean M. Alcoholics Anonymous I. // Psychiatric Annals. – New York, 1975. – S. 12-23.
67. Bean M. Alcoholics Anonimous II. // Psychiatric Annals. – New York, 1975. – S. 9-28.
68. Bean M. Clinical Implication of Models for Recovery from Alcoholism. – New York: The Haworth Press, Inc., 1984. – S. 91-102.
69. Begleiter H. Brain Dysfunction and Alcoholism: Problems and Prospects. – New York: The Free Press, 1988. – S. 8-35.
70. Berzins J.I. Therapist – patient matching. – New York: Pergamon Press, 1977. – S. 10-17.
71. Bill B. Compulsive Overeater. The Basic Text for Compulsive Overeaters. – Minnesota: RCDI, 1981. – 27 p.
72. Blane H.T. Psychotherapeutic Approach. – New York: Plenum, 1977. – S. 125-129.
73. Bowers T.G., Al-Redha M.R. A comparison of outcome with group/marital and standardt/individual therapies with alcoholics. – New York: The Free Press, 1990. – S. 174-175.
74. Brown S. Treating the Alcoholic: A Developmental Model of Recovery. – New York: John Wilcy and Sons, 1985. – S. 59-67.
75. Clark D.H. Administrative Therapy. – London: Tavistock Publications, 1964. – S. 156-157.
76. Clark D.H. The therapeutic community. // British Journal of Psychiatry, 1977. – № 6. – S. 357-359.

77. Cook C.C.H. The Minnesota model in the management of drug and alcohol dependency: Miracle, method or myth? Part II: Evidence and conclusions. // Congress on Alcohol and Health. – Rockville, Maryland, 1994. – S. 7-25.
78. Cooney N.I., Gillespie R.A., Baker L.H. et al. Cognitive chenges after alcohol cue exposure. – New York: The Free Press, 1987. – S. 12-18.
79. Cooney N.I., Kadden R.M., Litt M.D. et al. Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: Two-year follow-up results. – New York: The Free Press, 1991. – S. 4-9.
80. Crewe Ch.W. A Look at Relapse. – Minnesota: Center City, 1980. – S. 1-5.
81. Cross G.M. et all. Alcoholism treatment: A ten-year follow-up study. // Alcohol Clin Exp Res, 1990. – № 2. – S. 169-173.
82. Dealing with Denial. // The Caring Communiti Series. – Hazelden Foundation, Inc. – Minnesota: Center City, 1975. – 12 p.
83. Dodd M.H. Social model of recovery: origin, early features, changes and future. // Journal of psychoactive drugs. – New York: Guilford Press, 1997. – April - June. – N2. – S. 133-144.
84. Edelson M. Sociotherapy and Psychotherapy. – Chicago: University of Chicago Press, 1970. – S. 61-78.
85. Emergency Care. // The Caring Communiti Series. – Hazelden Foundation, Inc. – Minnesota: Center City, 1975. – 12 p.
86. Emrick C.D. A review of psychologically-oriented treatment of alcoholism: II. The relative effectiveness of different treatment approaches and the effectiveness of treatment versus nontreatment. – New York: The Free Press, 1975. – S. 53-62.
87. Feragne M.A., Longabaugh R., Stevenson Y.F. The psychosocial functioning inventory. – New York: Pergamon Press, 1983. – S. 36-39.
88. Frances A., Clarkin J.F. No treatment as the prescription of choice. // Archives of General Psychiatry, 1981. - Vol. 38. – S. 512-545.
89. Frances A., Clarkin J.F., Marachi J. Selection criteria for out-patient group psychotherapy. // Hospital and Community Psychiatry, 1980. – Vol. 31. – S. 245-260.
90. Foudraine J. Not Made of Wood. – London: Quartet Books, 1974. – S. 34-37.
91. Forrest G. G. Intensive Psychoterapy of Alcoholism. – Illinois: Springfield, 1984. – S. 10-35.
92. Gilbert F.S. The effect of type of aftercare follow-up on treatment outcome among alcoholics. – New York: The Free Press, 1988. – S.19-21.
93. Gilbert F.S. Development of a «steps questionnaire». – New York: The Free Press, 1991. – S. 18-24.
94. Goffman E. Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. – Harmondsworth: Penguin Books, 1961. – S. 35-43.
95. Gorski T.T. The Developmental Model of Recovery – A Workshop Manual. – Illinois: The CENAPS Corp., 1985. – S. 27-51.
96. Gorski T. The Staying Sober Workbook. – Illinois: The CENAPS Corp., 1989. – 56 p.
97. Gorski T. The Relapse Dynamic (The Original Thyrty-seven Warning Signs). – Illinois: The CENAPS Corp., 1989. – S. 11-16.
98. Gorski T. Addictive Relationships Why Love Goes Wrong in Recovery. – Illinois: The CENAPS Corp., 1990. – 36 p.
99. Gorski T. Understanding the Twelve Steps A Guide for Counselors, Therapists, and Recovering People. – Illinois: The CENAPS Corp., 1991. – S. 25-29.
100. Gorski T., Miller M. Staying Sober: A Guide for Relapse Prevention. – Illinois: The CENAPS Corp., 1986. – S. 21-29.
101. Hayashida M. et al. Comparative effectiveness and costs of inpatient and outpatient detoxification of patients with mild-to-moderate alcohol withdrawal syndrome. // English Journal of Medicine, 1989. –№ 8. – S. 358-365.

102. Hinshelwood, R.D. What Happens in Groups: Psychoanalysis, the Individual and the Community. – London: Free Association Books, 1987. – S. 67-78.
103. Identification.//The Caring Communiti Series. – Hazelden Foundation, Inc. – Minnesota: Center City, 1975. – 31 p.
104. Implementation. // The Caring Communiti Series. – Hazelden Foundation, Inc. – Minnesota: Center City, 1975. – 10 p.
105. Kingree J.B. Measuring affiliation with 12-step groups. // Substance Use and Misuse. Comprehensive Addiction Rehabilitation Programs of Georgia. – Georgia: CARP, Inc., 1997. – № 2. – S. 181-194.
106. Keso L., Salaspuro M. Inpatient treatment of employed alcoholics: A randomized clinical trial on Hazelden-type and traditional treatment. // Congress on Alcohol and Health. – Rockville, Maryland, 1994. – S. 14-21.
107. Knott D.H. Alcohol Problems Diagnosis and Treatment. – New York: Guilford Press, 1986. – 11 p.
108. Lafferty P., Beutler L.E., Grago M. Differences between more and less effective psychotherapists: A study of select therapist variables. – New York: Pergamon Press, 1989. – S. 28-42.
109. Litt M.D., Babor T.F., DelBoca F.K. et al. Types of alcoholics: II. Application of an empirically derived typology to treatment matching. – New York: The Free Press, 1992. – S. 20-26.
110. Longabaugh R., Beattie M., Noel N. et al. The effect of social investment on treatment outcome. // Congress on Alcohol and Health. – Rockville, Maryland, 1994. – S. 48-49.
111. Main T.F. The hospital as a therapeutic institution. // Bulletin of the Menninger Clinic. – 1946. – Vol. 10. – S. 66-70.
112. Main, T.F. The concept of the therapeutic community: variations and vicissitudes. // Group Analysis. Bulletin of the Menninger Clinic. – 1977. – S. 1-16.
113. Marlatt G.A. Craving for alcohol, loss of control, and relapse: A cognitive-behevioral analisis. – New York: The Guilford Press, 1978. – S. 14-15.
114. Martin J.C. The Twelve Steps of Alcoholics Anonymous. – Marylend: ACSENT, 1990. – S. 14-47.
115. Martin K.M., Giannandrea P., Rogers B., Johnsoon K. Begining steps to recovery: A Challenge to the «Come beck when you're ready»approach. // J. Alcohol. Treat. Quart. – 1996. – № 2. – S. 45-57.
116. Martin K.M. et al. Group intervention with pre-recovery patients. // J. Subst. Abuse Treat. – 1996. – № 1. – S. 33-41.
117. Maxwelli M.A. The AA Experience. – New York: McGraw-Hill Book Co., 1984. – S. 11-16.
118. McElrath D. The Minnesota Model. // Journal of psychoactive drugs. – 1997. – April - June. – № 2. – S. 141-144.
119. McGrady B.S., Stout R.L., Noel N.E., Abrams D.B., Nelson H.F. Effectiveness of three types of spouse-involvent behavioral alcoholism treatment. – New York: The Guilford Press, 1991. – S. 19-22.
120. McLatchie B.H., Lomp K.G. An experimental investigation of the influence of aftercare on alcoholic relapse. // Br. J. Addict. – 1988. – № 9. – S. 1045-1054.
121. Menzies L.E.P. The Functioning of Social Systems as a Defence against Anxiety: A Report on a Study of the Nursing Service of a General Hospital. // Tavistock Pamphlet. № 3. – 1961. – S. 74-81.
122. Miller N.S., Baca L.M. Two-year follow-up of bibliotherapy and therapist-directed controlled drinking training for problem drinkers. // Behavioral Therapy. – 1983. – № 8. – S. 441-448.
123. Morgan O.J. Recovery-sensitive counseling in the treatment of alcoholism. // J. Alcohol. Treat. Quart. – 1995. – № 4. – S. 63-73.
124. Mulford H. Stages in the Alcoholic Process. // Journal of Studies on Alcohol. – 1977. – S. 113-147.

125. Nowinski J., Baker S., Carrol K. Twelve step facilitation therapy manual.//U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. – Maryland, 1992. – S. 12-87.
126. O'Farrell T.Y. Marital and family therapy in alcoholism treatment. – New York: Pergamon Press, 1989. – S. 54-66.
127. Personal inventory et planned re-entry. // The Caring Communiti Series. – Hazelden Foundation, Inc. – Minnesota: Center City, 1975. – 6 p.
128. Pines M. The Large Group. – London: Constable, 1975. – S. 49-56.
129. Pritchard H.E., Wolfe B.L., Waldron D.J., Miller W.R. Waht services are being offered by whom? A survey of substance abuse programs in New Mexico. // Alcohol. Treat. Quart. – 1997. – № 3. – S. 47-61.
130. Prochaska J., DiClemente C., Norcross J. In search of how people change: applications to addictions. // J.American Psychologist. – 1992. – № 9. – S. 1102-1114.
131. Rapoport R.N. Community as Doctor: New Perspectives on a Therapeutic Community. – London: Tavistock Publications, 1960. – S. 98-103.
132. Robe L.B., Maxwell N. Weisman, Slips, Sobriety and the AA Program. – New York: Johnson Institute, 1983. – S. 11-36.
133. Rush B. Alcohol and other drug problems and treatment systems: A framework for research and development. // J. Addiction.– 1996. – № 5. – S. 629-642.
134. Sanchez-Craig M. et al. Superior outcome for females over males after brief treatment for the reduction of heavy drinking: Replication and report of therapist effects. // Br. J. Addict. – 1991. – № 7. – S. 810-816.
135. Schmidt G. Sucht - «Krankheit» und/oder Such(t)-Kompetenzen: Losungsorientierte systemische Therapiekonzepte fur eine gleichrengig-partnerschaftliche Umgestaltung von «Sucht» in Beziehungs- und Lebensressourcen. // Wildeck-Richeldorf: Fachklinik Richeldorf. – 1998. – № 1. – S. 4-17.
136. Spalding A.D., Metz G. Spirituality and quality of life in alcoholics anonymous. // J. Alcohol. Treat. Quart. – 1997. – № 1. – S. 1-14.
137. Springmann, R.R. The application of interpretations in a large group. // International Journal of Group Psychotherapy. – 1970. – Vol. 20. – S. 333-345.
138. Stanton A.H., Schwartz M.S. The Mental Hospital: A Study of Institutional Participation in Psychiatric Illness and Treatment. – New York: Basic Books, 1954. – S. 367-403.
139. The Crisis. // The Caring Communiti Series. – Hazelden Foundation, Inc. – Minnesota: Center City, 1975. – 34 p.
140. The New Awareness. // The Caring Communiti Series. – Hazelden Foundation, Inc. – Minnesota: Center City, 1975. – 23 p.
141. The New Understanding. // The Caring Communiti Series. – Hazelden Foundation, Inc. – Minnesota: Center City, 1975. – 17 p.
142. Tiebout H. M. Therapeutic Mechanisms of Alcoholics Anonymous. // American Journal of Psychiatry, 1947. – S. 2-18.
143. Treatment protocol effectiveness study. // J. Subst. Abuse Treat. – 1996. – № 4. – S. 297-319.
144. U.S.Department of Health and Human Services. Sixth Special Report to the U.S.Congress on Alcohol and Health. – Rockville, Maryland, 1987. – S. 43-67.
145. U.S.Department of Health and Human Services. Seventh Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health. – Rockville, Maryland, 1990. – S. 57-68.
146. Walsh D.C. et al. A randomized trial of treatment options for alcohol-abusing workers. // New English Journal of Medicine. – 1991. – N 11. – S. 775-782.
147. Washton A., Stonc-Washton N. Step zero: gelling into recover. – Minnesota: Hazelden Foundation, 1991. – S. 33-49.

148. Watson C.G., Hancock M., Gearhart L.P. et al. A comparative outcome study of frequent, moderate, occasional, and nonattenders of alcoholics anonymous. // J. Clin. Psychol. – 1997. – № 3. – S. 209-214.
149. Winning by Losing – The Decision. // The Caring Communiti Series. – Hazelden Foundation, Inc. – Minnesota: Center City, 1975. – 25 p.
150. Wiseman J.P. Sober Comportment: Patterns and Respectives of Alcohol Addiction. // Journal of Studies on Alcohol. – 1981. – S. 54-63.
151. Zimberg N.E. Psychotherapy in the Treatment of Alcoholism. – New York: Gardner Press, 1982. – S. 3-14.

Приложения

Приложение 1

Диагностический опросник

БЛАНК ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ

(заполняется психологом, специалистом по социальной работе, социальным работником)

ФИО пациента_____

Дата рождения_____19____г.

Адрес_____

Место работы_____должность_____специальность_____

История болезни (амбулаторная карта) №

Предварительное знакомство

Участковый нарколог_____

Адрес_____Тел._____

Наблюдаетесь ли вы сейчас у нарколога?_____

Дата последнего лечения?_____

Какое лечение вы получали?_____

Как долго?_____

Какие болезни у вас были? (включая хронические)_____

Госпитализировали ли вас в последнее время?_____

По какому поводу_____

Несчастные случаи в течение жизни_____

Изменение веса в течение жизни?_____

Модель питания?_____

Как вы спите?_____ Аппетит?_____

Сколько курите?_____

Сколько кофе вы потребляете?_____

Были ли серьёзные болезни в вашей семье? (включая физические и душевные)_____

Находились ли вы на амбулаторном наблюдении/лечении у психолога, психиатра, нарколога, социального работника, консультанта и т.д. в связи с наркологическими, психологическими или психиатрическими проблемами?_____

Госпитализировали ли вас когда-либо в психиатрическую, наркологическую больницу? (Где, когда, причина, как часто, какое лечение получали)_____

Находитесь ли вы сейчас в депрессии? Как это выглядит?_____

Были ли у вас попытки самоубийства? Когда, при каких обстоятельствах?_____

Мысли о самоубийстве? Когда, при каких обстоятельствах?_____

Что вы делаете, когда чувствуете злость?_____

Причиняли ли вы кому-нибудь вред?_____

С какими серьёзными потерями в жизни вы сталкивались?_____

Внешний вид:_____

Одежда:_____

История отношений с окружением и семьей. Самоидентификация

Есть ли проблемы с алкоголем/наркотиками в семье_____

Где и с кем вы живете сейчас_____

Дата заключения брака_____

Причина расхождения/развода_____

Родители (Ф.И.О., возраст, если умерли, то в каком возрасте, причина, в браке ли на настоящий момент, если разведены, то, как давно): _____

Опишите ваши взаимоотношения с родителями_____

Близкие родственники_____

Опишите ваши взаимоотношения с близкими родственниками_____

Супруг_____

Опишите ваши отношения с супругом_____

Дети и приемные дети_____

Опишите ваши отношения с детьми_____

Другие значимые в вашей жизни люди_____

Что производило особое впечатление на Вас в семье, когда вы в ней росли?_____

Кто из вашей семьи сталкивался с проблемами зависимости? (Алкоголь, наркотики, покупки, переедание, секс, работа, спорт, азартные игры, усиленные тренировки) _____

Были ли у кого-либо из вашей семьи душевные болезни или состояние депрессии?_____

Ваши национальные/этнические корни_____

С кем из семьи вы находитесь в близких отношениях?_____

Почему?_____

От кого из семьи вы больше всего отдалены?_____

Почему?_____

Изменились ли значительно отношения с кем-либо из вашей семьи за последние несколько лет?

_____

Почему?_____

Можно ли сказать, что семейные отношения у вас в семье близкие/отдаленные, радостные/печальные, любящие/холодные, здоровые/нездоровые?_____

Какая область вашей жизни вызывает конфликты в семье сегодня? (Финансы, секс, взаимоотношения, дети, азартные игры, здоровье, нарушение закона, школа, питание, работа и пр.) _____

Есть ли у вас прозвище, кличка (в семье, среди друзей)?_____

Сколько вам было лет, когда вы впервые покинули дом? _____

При каких обстоятельствах?_____

Опишите сеть ваших социальных связей и отношений в настоящее время_____

Как часто вы встречаетесь с друзьями_____

Как бы друзья описали вас_____

Как бы вы сами описали себя_____

Образование

Сколько закончено классов _____Какой школы_____

В каком году закончили_____Спец. классы_____

В каком учебном заведении вы учились_____

Закончено курсов_____

Год_____

Степень (Специальность)_____

Проблемы, связанные с учебой_____

Неспособность к обучению (по каким предметам?)_____

Служба в армии

Года службы с_____по_____

Войска_____

Как демобилизовались?_____

Должность (звание)_____

Участие в военных действиях_____

Если да, то есть ли видения/кошмары во сне, связанные со службой?_____

Какие?_____

Где служили?_____

Работа

Сколько времени вы работаете (работали) на последнем месте работы_____

Опыт работы (по разным специальностям, по своей специальности):_____

Наркологический анамнез (пьянство/потребление наркотиков)

Когда вы впервые выпили/приняли наркотик?_____

Первые ощущения от приема алкоголя/наркотиков (интоксикация и т.д.)_____

Самый долгий период без наркотиков/алкоголя?_____

Почему?_____

Когда у вас впервые возникли какие-либо проблемы, связанные с алкоголем/наркотиками? (напр., несчастный случай, арест, потеря работы, развод и пр.) _____

Когда у вас впервые был провал в памяти (палимпсест, амнезия)?_____

Как часто провалы были потом? _____

Как давно появились:_____

Потребность в опохмелении?_____

Дрожь?_____

Дискомфорт физический и психический после выпивок?_____

Судороги?_____

Проблемы с печенью/желудком?_____

Потребление утром?_____

Потребление на ходу (по пути куда-либо)?_____

Кровотечение из носа?_____

Покраснение глаз по утрам?_____

Сердцебиение?_____

Насколько и за какой период увеличилась толерантность?_____

Когда вы впервые что-либо скрыли о вашем пьянстве/потреблении наркотиков?_____

Поясните_____

Критиковали ли вас члены семьи, друзья, начальник, учитель и т.д. за пьянство/потребление наркотиков?_____

Поясните_____

Чувствовали ли вы себя плохо или виноватым из-за пьянства/потребления наркотиков?_____

Что включило вас в последний эпизод пьянства/потребления наркотиков?_____

Опишите период из вашей жизни, когда пьянство/потребление наркотиков было наиболее сильным, тяжелым?_____

Есть ли у вас история проблем алкоголизма, пьянства или потребления наркотиков в семье?____

Сколько вы выпиваете/потребляете в день?_____

неделю?_____

месяц?_____

Любимый алкогольный напиток/наркотик выбора?_____

Вы алкоголик или наркоман?_____

Опыт восстановления-выздоровления по программе 12 шагов?_____

Какие группы посещали?_____

Когда и как давно?_____

Сколько собраний посетили? За какой период времени?_____

Что нравится или не нравиться на группах?_____

Был ли у вас наставник?_____

Имеются ли друзья в программе?_____

Сколько времени вы были трезвый?_____

Что вы думаете о программе 12 Шагов?_____

Принимали ли вы когда-нибудь тетурам, делали ли «Торпедо», подшивали «Эспераль», производили «Кодирование» и др._____

Посещали ли вы когда-нибудь АлАнон, АА, АН?_____

Были ли вы когда-нибудь на лечении в связи с проблемами, связанными с алкоголем или наркотиками? (Где, когда, как долго, результат)_____

Были ли вы когда-нибудь на амбулаторных консультациях или на обучении по проблемам, связанным с алкоголем или наркотиками? (Где, когда, как долго, результат)_____

Отношения с законом/Финансовое положение

Привлечение к уголовной ответственности. (Где, когда, обвинение, приговор, сколько находились в заключении, не находитесь ли под следствием сейчас, не осуждены ли условно?_____

Не лишали ли вас водительских прав в связи с вождением в нетрезвом виде?_____

Опишите ваше финансовое положение_____

Отдых/досуг

Опишите, как вы отдыхаете_____

Что вы делаете, чтобы расслабиться_____

Приложение 2

Психосоциальное заключение
(по Батищеву В.В.)

Ф.И.О. пациента_____

Дата обращения_____

Причина обращения_____

Длительность заболевания_____

Привычная модель употребления_____

Наркологический диагноз:_____шифр_____

Раннее развитие: без особенностей/ неполная семья/ сиротство/ наличие больных зависимостью/ психические заболевания в семье/ инцест/ насилие/ прочее_____

В школу пошел: вовремя/ с задержкой/ прочее_____

Образование_____

Обучение в спец. учебных заведениях_____

Обучение в интернате_____

Участие в асоциальных подростковых группах_____

Первое употребление алкоголя/наркотика_____

Совместное потребление в семье: поощрялось/ не поощрялось/ было/ не было/ прочее _____

Биографические данные

Судимости (правонарушения)_____

Увольнения по 33 статье_____

Миграция_____

Факторы, затрудняющие лечение

Психологические: отсутствие мотивации/ плохая приспособляемость/ конфликтность/ патологические паттерны поведения/ сопротивление/ сниженный интеллект/ отсутствие критики к заболеванию/ прочее_____

Компульсивные формы поведения_____

Социальные:

Негативное влияние родственников_____

Обстановка на работе/ отсутствие работы_____

Проблемы с жильем_____

Конфликты с законом_____

Прочее_____

Физические/ психиатрические:

Соматические заболевания_____

Психиатрические заболевания_____

Увечья_____

Инвалидность_____

Социально-психологический ресурс:

Поддержка

семьи: есть/нет, слабая/выраженная, прочее_____кто именно_____

друзей: есть/нет, слабая/выраженная, прочее_____кто именно_____

на работе: есть/нет, слабая/выраженная, прочее_____кто именно_____

прочее_____

Посещение групп самопомощи: есть/нет, использует/не использует, прочее_____

Чья помощь желательна_____

Прочее_____

Список проблем

1.

и т.д.

Число_____

Подпись_____

Приложение 3

Опросник для проработки 1-го шага АА

РУКОВОДСТВО ПО НАПИСАНИЮ ПЕРВОГО ШАГА

1-Й ШАГ: МЫ ПРИНЯЛИ СВОЕ БЕССИЛИЕ ПЕРЕД АЛКОГОЛЕМ (НАРКОТИКОМ), ПРИЗНАЛИ, ЧТО ПОТЕРЯЛИ КОНТРОЛЬ НАД НАШЕЙ ЖИЗНЬЮ (НАШИ ЖИЗНИ СТАЛИ НЕУПРАВЛЯЕМЫМИ).

Разработка по Первому Шагу предназначена для того, чтобы помочь вам детально определить, как повлияла химическая зависимость на все важнейшие сферы вашей жизни. Первый Шаг предлагает вам принять бессилие перед алкоголем или наркотиком и выяснить, каким образом ваша жизнь стала неуправляемой. Это трудное задание, но оно является основой вашего выздоровления, и именно этот процесс избавления от бесполезных, бесплодных попыток контролировать потребление необходим для успешного восстановления (выздоровления) от зависимости.

Напишите не менее пяти примеров на каждый из разделов, раскрывающих термины «Бессилие» и «Неуправляемость».

Для лучшего понимания Первого Шага мы просим Вас почитать книгу «Анонимные Алкоголики»/«Анонимные Наркоманы» и книгу «12 Шагов и 12 Традиций».

1. БЕССИЛИЕ

Бессилие перед психоактивными химическими веществами (алкоголем, наркотиками и т.д.) определяется, как неспособность больного зависимостью постоянно контролировать употребление веществ, изменяющих состояние сознания. Бессилие перед психоактивным веществом (ПАВ) проявляет себя различными способами, например, такими, как:

Прогрессирующее употребление химических веществ.

Безуспешные попытки контролировать употребление.

Озабоченность, связанная с употреблением химических веществ.

Потеря сознания, памяти или ориентировки во время опьянения.

Для лучшего понимания, насколько вы бессильны перед химическими веществами, напишите по каждому разделу не менее 5-ти конкретных примеров того, как вышеперечисленные симптомы проявляются в вашей жизни. Опишите примеры честно и подробно.

Прогрессирующее употребление химических веществ: вы стали употреблять чаще, в больших количествах, более длительные периоды времени или ваша толерантность (восприимчивость) увеличилась.

Безуспешные попытки контролировать употребление: вы старались прекратить употребление химических веществ, пытались употреблять только по определенным дням, употреблять в определенное время суток, переходили с одного вещества на другое, давали обещание себе и другим бросить потребление и т.п.

Озабоченность употреблением: ожидание употребления, создание ситуаций, в которых можно употреблять, озабоченность привычным психоактивным веществом в мыслях, даже когда вы трезвы. Расскажите обо всех скрытых, запланированных или захватывающих мыслях об употреблении, как вы манипулировали людьми ради того, чтобы гарантировать свое употребление. Напишите, на что еще вы шли ради того, чтобы получить алкоголь или наркотики.

Потеря сознания, памяти или ориентировки во время опьянения: потеря памяти на события в период опьянения, искаженное восприятие окружающего, восприятие вашего поведения в период таких состояний другими людьми.

2. НЕУПРАВЛЯЕМОСТЬ

Неуправляемость означает полный беспорядок в вашей жизни из-за неспособности контролировать ее процесс. Неуправляемость возникает в связи с подчинением личности и, соответственно, всей ее жизни болезненному употреблению психоактивных веществ. Неуправляемость проявляется в следующих областях:

- Разрушительное поведение под влиянием химических веществ.
- Ухудшение физического состояния.
- Эмоциональные проблемы.
- Семейные проблемы.
- Социальные проблемы.
- Духовные проблемы.
- Сексуальные проблемы.
- Проблемы на работе, снижение профессионального уровня.
- Финансовые проблемы.
- Проблемы с законом.

Разрушительное, опасное иди безрассудное поведение под влиянием химических веществ: оскорбление окружающих словами или действиями; порча имущества; разрушение отношений; причинение другим физической или эмоциональной боли; саморазрушающее поведение (например, попытки самоубийства или мысли об этом, умышленное или неумышленное нанесение себе травм, провоцирование других на нанесение вам физического или морального ущерба; происшествия на дорогах (вождение в нетрезвом виде, прямо или косвенно вызвавшее проблемы); продолжение употребления, несмотря на выраженные нарушения в функционировании организма); попадание в неловкие или опасные ситуации; употребление, когда вы этого делать не собирались; передозировки. Приведите примеры того, что вы не стали бы делать на трезвую голову.

Ухудшение физического состояния может проявляться в следующих областях: медицинские проблемы, физические недомогания, нарушения сна, питания, лечение у психиатров, в центрах детоксикации. Напишите примеры ухудшения физического состояния.

Эмоциональные проблемы. Как отразилось употребление химических веществ на вашем эмоциональном состоянии? Были ли у вас эмоциональные состояния, с которыми вы не могли совладать? Употребляли ли вы для того, чтобы заглушить чувства, с которыми не могли справиться (например, такие чувства, как страх, любовь, злость, гнев, чувство вины, обиды, одиночество, боль, депрессия)? Приведите примеры эмоциональных проблем.

Семейные проблемы обычно проявляются как: семейные скандалы, неспособность к нормальному общению с родителями, членами семьи, физическое насилие по отношению к членам семьи, невыполнение своих обязанностей по дому. Расскажите о случаях, когда вы хотели или обязаны были что-то сделать для членов семьи, но так и не сделали; случаи, когда вы нарушали данные своим близким обещания или врали им; когда вы их обманывали, например, в отношении денег, пользовались ими для решения своих проблем; вспомните случаи, когда вы срывались на них; как ваше употребление повлияло на их физическое, эмоциональное и духовное состояние.

Социальные проблемы: изменение круга друзей, отстранение от социальной активности, отказ от спорта, хобби, других интересов, изменение социальной жизни семьи, изолированность от мира. Приведите примеры социальных проблем в вашей жизни.

Духовные проблемы развиваются по мере прогрессирования вашей болезни, и вы начинаете отходить от тех духовных и личностных ценностей, которых вы придерживались раньше. Расскажите, как вы отходили от того, что было для вас важным, ценным; стали ли вы такими, какими хотели стать, или вы изменились как-то по-другому. Проверьте ваши духовные принципы и сравните их с теми, что приняты в обществе.

Сексуальные проблемы проявляются в следующем: импотенция, отсутствие интереса, безразличность в отношении к противоположному полу, измены, использование других для собствен-

ного удовлетворения, чувство вины в связи с прошлым сексуальным поведением. Приведите примеры сексуальных проблем в вашей жизни.

Профессиональные, рабочие проблемы: потеря работы (учебы) в связи с употреблением, неспособность найти работу из-за плохих рекомендаций с предыдущего места работы, прогулы работы, опоздания, низкое качество работы, неспособность выполнять работу. Приведите примеры.

Финансовые проблемы: финансовые затруднения, финансовые потери или плохое вложение денег, плохое распоряжение семейным бюджетом, неоправданные и необдуманные траты денег, траты денег на устранение последствий от употребления (штрафы, юристы, лечение), трата денег на психоактивные вещества. Приведите примеры финансовых проблем, подсчитайте, во что вам обошлась ваша зависимость.

Проблемы с законом: задержание за поведение в нетрезвом виде или во время потребления; скрытые и зафиксированные правонарушения; судимости.

Приложение 4

Упражнение: Периоды трезвости и случаи срывов
(Составление таблицы-календаря периодов трезвости и срывов)

Указания: Цель настоящего задания - помочь вам более детально обдумать последние 3-5 периодов трезвости и рецидивов - срывов.

Периоды трезвости:

Подумайте о последнем периоде вашей трезвости и дайте ему общий заголовок-название, который бы описывал то, что этот период означает для вас.

Пример 1: Если вы прекратили потреблять, чтобы удержать жену от развода, соответствующий заголовок будет: «Сохранить брак».

Пример 2: Если вы прекратили потреблять, чтобы вас не выгнали с работы, то заголовок звучит: «Сохранить работу».

Пример 3: Если вы прекратили потреблять, потому что почувствовали физическое нездоровье от продолжения потребления, заголовок будет звучать: «Слишком нездоров, чтобы продолжать употреблять».

Проставьте дату начала вашего первого периода трезвости в ячейку «Начальная дата».

Проставьте дату возврата к зависимому потреблению в ячейку «дата прекращения».

Проставьте продолжительность трезвости в ячейку «Продолжительность».

Коротко опишите этот период трезвости.

Пример 1: «Все стало лучше, но мне было скучно и хотелось какого-то возбуждения».

Пример 2: «Все было в порядке, но стало много работы, появились проблемы дома, которые мне не нравятся».

Напишите, что, по вашему мнению, было первой установкой на срыв. Другими словами, что вы сделали, чтобы вернуться к зависимому потреблению?

Эпизоды рецидивов:

Подумайте о последнем эпизоде рецидива и дайте ему общий заголовок-название, который бы описывал то, что этот рецидив означает для вас.

Пример 1: Если вы сорвались, потому что жена развелась с вами, хотя вы и думали, что вы прекратили пить, соответствующий заголовок будет: «Рецидив развода».

Пример 2: Если вы сорвались, потому что вас уволили, хотя вы были в абстиненции, хороший заголовок звучит: «Рецидив потери работы».

Проставьте дату начала вашего последнего срыва в ячейку «Начальная дата».

Проставьте дату прекращения зависимого потребления в ячейку «дата прекращения».

Проставьте продолжительность зависимого потребления в ячейку «Продолжительность».

Коротко опишите этот эпизод рецидива.

Пример 1: «Я начал пить, считая, что я могу контролировать выпивку. Так продолжалось некоторое время, затем я потерял контроль, и стало хуже, чем было».

Пример 2: «Я знал, что я не могу контролировать потребление, и не пытался. Я хотел убрать страдания. Пьянство закончилось тем, что я почувствовал себя еще хуже».

Напишите, чего вы хотели достичь употреблением.

Пример 1: «Я хотел соединиться с теми друзьями, которые еще продолжали пить или потреблять наркотики».

Пример 2: «Я хотел прекратить злость и раздражение и быть способным расслабляться и радоваться жизни».

Пример 3: «Я хотел, чтобы секс был лучше».

Достигли ли вы того, чего хотели, возвратившись к зависимому употреблению?

Напишите, какова тяжесть последствий списка ваших рецидивов и спросите себя, стоило ли то, что вы получили от зависимого потребления, столько, сколько вы заплатили за это.

Подумайте, сколько вреда принес эпизод рецидива.

а. Если срыв вызвал малые личные проблемы, которые не повлияли на других, и не создали серьезных последствий, отметьте в ячейке «Слабые»;

б. Если срыв создал проблемы для других, но не повредил сильно вашему здоровью и вашему образу жизни, отметьте ячейку «Умеренно»;

в. Если в результате срыва возникли серьезные проблемы у других, для вашего здоровья, или образа жизни, отметьте клетку «Сильно». Отметьте «сильно», если...:

1/ вам пришлось пойти в больницу для детоксикации;

2/ если вы были наказаны, предупреждены, отстранены от работы в результате срыва;

3/ вы расстались с семьей или развелись из-за срыва;

4/ в результате срыва вас арестовали.

Повторите перечисленные выше шаги для каждого эпизода срыва и трезвости из вашего «Календаря срывов».

Приложение 5

Упражнение: Письмо от болезни

Это Я — твоя болезнь, *зависимость*

Ненавижу собрания. Ненавижу Высшую Силу. Ненавижу всех, кто «в программе». Пусть разразит гром каждого, кто стал у меня на пути. Всем желаю смерти и мучений.

Разрешите представиться: Я — Болезнь, именно я убила миллионы людей и довольна этим. Люблю действовать неожиданно. Люблю делать вид, что я подруга, любовница. Разве я не приносила тебе облегчения? Не доставляла удовольствия? Признайся, что я спасала тебя от одиночества и всегда приходила на помощь, когда не хотелось жить. Люблю, когда ты мучаешься. Мне нравится делать так, чтобы ты уже совсем ничего не чувствовал, даже мучений. Тогда наступает мой триумф.

Я предоставляю тебе сиюминутное облегчение, чтобы потом ты мучился до бесконечности. Я, твоя болезнь, всегда буду рядом с тобой. И даже тогда, когда все в порядке, все хорошо. Вместе мы можем уничтожить все хорошее, что есть в твоей жизни. Главное — сохранить наши отношения втайне, чтобы никто не смог встать между нами.

Хотя я и являюсь болезнью, которую все ненавидят, я никогда не прихожу без приглашения. Каждый должен сам меня выбрать. Но таких, которые желают меня, несмотря на доводы разума, смысла, несмотря на потерю спокойствия — миллионы. Я никогда не останусь в одиночестве.

Еще больше, чем вы ненавидите меня, я ненавижу всех вас, тех, которые придумали программу 12 Шагов. Я не терплю эту программу, ваши собрания, эту вашу Высшую Силу. Они до такой степени ослабляют меня, что я не могу быть тем, чем могу быть в расцвете сил.

Теперь я должна затаившись сидеть тихо. Ты не видишь меня, но я бдительна, я жду соответствующего момента. Я никогда не исчезну. Я такая же, как всегда, а порой могу стать еще хуже. Если только ты существуешь, я живу. Если ты живешь, то я существую. Я всегда рядом с тобой. И пока мы снова не встретились, если вообще нам удастся когда-нибудь встретиться, я от всего сердца желаю тебе самого худшего.

Твоя Болезнь

Приложение 6

Карта социального обследования на дому
(по Батищеву В.В.)

Ф.И.О. пациента _____№ и/б (карты)_____

Адрес:_____дата поступления _____

Дата обследования:_____

1. Родительская семья:

1.0. – отсутствует
1.1. – благополучная
1.2. – неблагополучная
1.3. – прочее

Пояснения_____

2. Нуклеарная семья:

2.0. – отсутствует
2.1. – благополучная
2.2. – фактический брак
2.3. – неблагополучная
2.4. – развод
2.5. – вдовство
2.6. – прочее

Пояснения_____

3. Материальные проблемы:

3.1. – отсутствуют
3.2. – нерезко выраженные
3.3. – резко выраженные
3.4. – прочее

Пояснения_____

4. Количество иждивенцев:_____

5. Основной вклад в бюджет семьи:_____

6. Жилищные проблемы:

6.1. – отсутствуют
6.2. – нерезко выраженные
6.3. – резко выраженные
6.4. – пребывание в спец. учреждениях
6.5. – прочее

Пояснения_____

7. Отношения с соседями:

7.0. – отсутствуют
7.1. – благополучные
7.2. – неблагополучные
7.3. – конфликтные
7.4. – прочее

Пояснения_____

8. Наличие злоупотребляющих алкоголем/наркотиками лиц в ближнем окружении:

8.0. – семья:_____

8.1. – соседи (знакомые): по квартире/ этажу/ подъезду/ в доме/ на улице/

8.2. – прочее _____

9. Отношения с членами семьи:

9.1. С родителями:

9.1.0. – отсутствуют
9.1.1. – благополучные
9.1.2. – неблагополучные
9.1.3. – конфликтные
9.1.4. – прочее

Пояснения_____

9.2. С братьями/сестрами:

9.2.0. – отсутствуют
9.2.1. – благополучные
9.2.2. – неблагополучные
9.2.3. – конфликтные
9.2.4. – прочее

Пояснения_____

9.3. С супругом(ой):

9.3.0. – отсутствуют
9.3.1. – благополучные
9.3.2. – неблагополучные
9.3.3. – конфликтные
9.3.4. – прочее

Пояснения_____

9.4. С детьми:

9.4.0. – отсутствуют
9.4.1. – благополучные
9.4.2. – неблагополучные
9.4.3. – конфликтные
9.4.4. – прочее

Пояснения_____

10. Нарушения общественного порядка: ЕСТЬ/НЕТ

Пояснения_____

Подпись обследующего:_____

Приложение 7

Тренинговые письменные задания для подготовки их пациентами к обсуждению на групповой терапии

1. «Кто такой – алкоголик/наркоман?» Пять признаков наличия алкоголизма/наркомании у человека. Задание дается в том случае, если пациенты отрицают наличие у себя болезни или ее отдельных проявлений. В процессе разбора задания желательно просить пациентов сравнивать те проблемы, которые уже есть в их жизни, с названными признаками.
2. «Мои признаки алкоголизма/наркомании». Пять примеров. Рекомендовано применять тогда, когда есть подозрение, что большинство пациентов группы проявляет декларативность в признании наличия у себя болезни.
3. Ответ на письмо от болезни (см. Приложение 7). Дается пациентом после чтения и проработки на группе письма от болезни. Рекомендуется применять в случаях саботирования пациентами групповой работы или признаков саботажа лечения внутри отделения.
4. «Что плохого и что хорошего в трезвости и пьянстве/потреблении?» Привести по пять-семь примеров. Задание рекомендовано давать в том случае, если пациенты занимаются декларативным восхвалением лечения и трезвости.
5. «Что должен делать психолог в группе?» Написать не менее пяти рекомендаций. Рекомендовано давать пациентам это задание в период развития у них агрессии к психотерапевту.
6. «Чем вам помогают различные методики лечения, применяемые в отделении: групповая психотерапия, лекции, вечерние занятия, индивидуальная работа?» Привести по пять конкретных примеров на каждую методику. Рекомендовано давать пациентам в том случае, когда они уклоняются от групповой работы (скрывают агрессию) с помощью декларативного восхваления лечебной программы.
7. «Каким образом вам будут помогать группы АА/АН?» Привести пять конкретных примеров. Рекомендуется при подозрении на декларативность в хвалебных заявлениях пациентов относительно программы АА и обещаниях посещать группы сообщества после окончания лечения.

Можно применять и по-другому сформулированные письменные задания для пациентов. Можно давать индивидуальные задания, например, в том случае, если пациент пытается уклониться от обсуждения той или иной темы в группе, ссылаясь на неподготовленность.

Раздел IV

Организация помощи осужденным с проблемами химической зависимости и насилия

Введение

Ежегодно в российских СИЗО, тюрьмах и колониях содержится около миллиона мужчин и женщин. Места лишения свободы фактически являются увеличительным стеклом для всех проблем нашего общества: насилие, низкий уровень образования, бедность, маргинализация, стрессы, инфекционные заболевания - все там приобретает гипертрофированные формы.

На первый взгляд, вопросы ресоциализации осужденных попадают под категорию педагогики. Но когда мы говорим о «личности» определенного человека, мы имеем в виду совокупность его представлений о жизни, мотивы его действий, его переживания, внутренние и внешние стратегии поведения. Поэтому прямолинейность педагогической концепции, понятие «социальная зрелость» или «незрелость» не в полной мере отражает саму личность. Отсюда следует, что более уместно говорить о сочетании педагогики с психотерапией. А для того, чтобы вести эффективную профилактическую работу с осужденными, необходимо получать сведения об особенностях поведения лиц этой группы. Поэтому программы ресоциализации должны работать не только с осужденными, но и с их семьями, социальным окружением.

Единственным решением проблемы улучшения наркологической помощи в России, в том числе и осужденным к лишению свободы, является применение психотерапевтических программ, использующих принципы системного подхода к психотерапии больных зависимостью. В связи с этим, наиболее эффективной формой работы с осужденными, больными зависимостью, является комплекс мероприятий, в который входят: информирование пациентов о проявлениях болезни, психотерапия малых групп, обучении методам послелечебного восстановления (реабилитации) и формирование терапевтического сообщества в условиях стационарного лечения. Для формирования психотерапевтической программы в условиях пенитенциарной системы необходимо использование сочетания различных форм групповой работы под руководством психотерапевтов (психологов) и с ориентацией осужденных на последующую реабилитацию в группах само- и взаимопомощи – Анонимные Алкоголики, Анонимные Наркоманы, работающие по программе «12 Шагов».

Реабилитационный центр «Перекресток Семи Дорог» занимается реабилитацией и ресоциализацией больных наркоманией и алкоголизмом и имеет опыт работы с больными зависимостью в условиях пенитенциарной системы. Программа отделения психокоррекции для осужденных, зависимых от алкоголя и наркотиков в исправительной колонии № 2 г.Ангарска носит эклектический характер, включая элементы Миннесотской программы лечения зависимостей от алкоголя и наркотиков, программы «Атлантис», рекомендованной Государственным агентством по лечению алкоголиков и наркоманов США, а также и опыт работы психотерапевтов в пенитенциарных учреждениях Германии. При разработке программы был использован многолетний опыт работы программы «Атлантис» в Польше и членов терапевтической группы в лечении алкоголизма и наркомании, а также материалы психологической коррекции преступников специалистов Германии и материалы по насилию американской программы «Мужчины против насилия» штата Массачусетс.

Как показывают исследования различных подходов к формированию лечебных программ в США и Европе, разноплановое сочетание всевозможных психотерапевтических методик и программы «12 Шагов» позволяет сделать неповторимыми сами лечебные программы и тем самым увеличить спектр возможного выбора форм лечения пациентами в соответствии с их личностными особенностями. Такое разнообразие, соответственно, позволяет прогнозировать широкий охват лечебной помощью большего числа лиц, страдающих алкоголизмом и другими видами зависимости, что, тем самым, увеличивает возможность достижения положительного результата от проведенного лечебного воздействия у самых различных групп пациентов.

Глава 1. Система реабилитации на примере АНО РЦ «Перекресток Семи Дорог»

Структура работы реабилитационного центра

Основные цели предлагаемой программы психологической реабилитации – это: полный отказ пациента от приёма любых количеств любых наркотиков и алкоголя и качественное изменение личности пациента и членов его семьи, изменение взаимоотношений с окружающим миром и обретение духовного опыта. Эти задачи неразделимы, т.к., по нашему убеждению, достижение любой из этих целей невозможно без достижения других. Необходимым условием для комплексного достижения этих целей является решение следующих задач:

1. Пациенту нужно ***признать необходимость помощи***. Пациенту предлагается научиться жить со своей болезнью, а не стремиться избавиться от неё. Программа должна ему помочь взглянуть на себя со стороны и увидеть, в какую бездну внутренних противоречий и внешних конфликтов он оказался затянутым своим заболеванием. Пациенту необходимо понять, что он достиг своеобразного «дна» в своём нравственном, духовном и социальном падении и что отрицать заболевание стало невозможным. Так как многие алкоголики/наркоманы делали неоднократные попытки остановить своё аддиктивное употребление и всё-таки срывались снова, то, осознавая при помощи Программы, в каком плачевном состоянии тела, разума и духа они находятся, пациенты должны придти к пониманию того, что их воля так же поражена и без посторонней помощи им не справиться.
2. Необходимо ***наличие осознанного желания прекратить употребление*** алкоголя и наркотиков. Работая по Программе, пациент может найти поддержку и понимание со стороны терапевтического сообщества. Черпая опыт членов сообщества, их силы и оптимизм, он может обрести уверенность в своих собственных силах и укрепиться в желании прекратить употреблять алкоголь и наркотики, и в корне изменить свою собственную жизнь. Пациент должен придти к выводу, что трезвость - это основная цель его жизни на данном этапе, что без устойчивой трезвости невозможно решение никаких других жизненных задач и проблем.
3. У пациента должна быть сформирована ***готовность справиться с болезнью***. Программа предусматривает необходимость достаточно глубокого изучения пациентом своих внутренних проблем и возникающих из-за этого внешних конфликтов, основных путей решения этих конфликтов. Должна появиться реальная возможность изучать и перестраивать самого себя.

Реабилитационный процесс

Курс лечения по Программе «12 Шагов», взятой за основу реабилитационной программы состоит из нескольких блоков, органически переплетающихся и дополняющих друг друга. Каждый блок необходим для решения задач, поставленных в предыдущей части предлагаемой Программы. Реабилитационная программа включает в себя Базовый курс, Постлечебный курс (профилактика срывов) и Поддержание выздоровления.

Для некоторых пациентов, в случае необходимости, может быть предложена послелечебная Программа (программа профилактики срывов). Послелечебная Программа состоит из следующих элементов.

1. Определение симптомов-предвестников срыва (т.е. определение активизации психологических защит, сопротивлении лечению – психических процессов, которые часто не осознаются зависимым, появляются в ответ на стресс и могут усиливать тяжесть подострого абстинентного синдрома, длящегося несколько лет после прекращения употребления химических веществ).
2. Пересмотр программы выздоровления, определение ее слабых мест, определение саморазрушительных личностных стилей, которые имеют высокую корреляцию со срывом;
3. Прерывание динамики срыва, при помощи полученных знаний.
4. Вовлечение значимых людей в процесс выздоровления.
5. Завершение и подкрепление (активное участие в работе центра с лечебным персоналом).

После того, как пациент заканчивает формализованное лечение в постреабилитационной программе, план предотвращения срыва должен быть соединен с планом поддержания трезвости. Выздоровление от наркомании и алкоголизма – это образ жизни, непрерывный процесс. Планирование профилактики срыва это тоже процесс.

Расписание занятий.

Наиболее оптимальным расписанием психотерапевтических мероприятий, отвечающим принципам работы центра, является следующий распорядок дня:

1. Утренняя пробежка. Обливание холодной водой на улице (независимо от погодных условий). Длительность 30 минут.
2. Уборка корпуса. Умывание. Длительность 60 минут.
3. Психоэнергетический тренинг. Длительность 60-90 минут. Проводится перед завтраком.
4. Занятия в малых группах. Длительность 60-90 минут. Начинаются после завтрака с перерывом на 7-10 минут.
5. Лекция. Длительность 40-60 минут. Желательно проводить перед обедом, либо не ранее чем через 45-60 минут после приема пищи.
6. Тренинг по ознакомлению со своими чувствами, по осознанию своих жизненных ценностей и установок. Длительность занятия 30-50 минут каждое с интервалом в 15-20 минут. Проводится во второй половине дня.
7. Вечерние занятия (тренинг) по ознакомлению с работой сообщества АА и программой «12 шагов». Длительность занятия подряд по 60-75 минут.
8. Ежевечерний анализ чувств и поступков за день. Длительность 60-90 минут. Выполняется в конце дня, перед отбоем.

Каждое утро команда (лечебный персонал) центра проводит планерку по пациентам и распределяет объем работ на день каждому члену команды. Каждый понедельник проводится «команда» по текущей работе центра и деятельности каждого члена команды. Могут проводиться также экстренные команды, когда необходимо решить какую-то проблему (скопившееся эмоциональное напряжение между членами команды, разобрать ошибки кого-либо из членов команды, или произвести необходимые изменения в режиме работы центра/команды).

Каждый сотрудник центра знает свои должностные обязанности и инструкции, обязан также соблюдать все правила нахождения в реабилитационном центре. Особенностями работы команды в отличие от лечебного персонала других больниц является высокая личная ответственность и взаимовыручка, сотрудничество друг с другом членов команды, самопожертвование в какой-то степени. Каждый член команды должен осознавать, что он вместе со всеми делает одно дело. Если один консультант вышел из строя, то часть его функций берут другие члены команды. Такой тип взаимоотношений является образцом для самих пациентов: первоначально они начинают подражать членам команды, но потом сами начинают осознанно практиковать здоровый тип отношений

между людьми, основанный на дружбе и честности. Вся деятельность команды определена общей миссией (служением), которая сочетается с принципами мирового сообщества АА/АН.

Обычно приведенные ниже функции команды доводятся до сведения каждого консультанта входящего в команду центра.

Вот они:

1. Образ выздоравливающего:
   - внешний вид,
   - владение языком тела,
   - открытое жизнелюбие.
2. Личное выздоровление.
   - обязательная работа по шагам,
   - пациенты – наши учителя,
   - вовлечение, приглашение семьи в программу выздоровления,
   - чтение, работа с литературой АА/АН и Ал-Анон,
   - наставник,
   - супервизия.
3. Передача личного опыта выздоровления.
   - Навыки открытого и честного общения:
     - умение говорить, культура речи,
     - конгруэнтность, соответствие речи, тембра, интонации, силы голоса, позы, артикуляции, жестикуляции, дистанции,
     - умение активного слушания.
4. Создание зоны безопасности для БПСДЭ (био-психо-социо-духовно-энергетической) модели выздоровления, культура выздоровления.
   - некурящий образ выздоравливающего,
   - анонимность и конфиденциальность в отношении пациентов,
   - анонимность и конфиденциальность в разглашении информации «лечебный центр – общественная организация»,
   - общения без использования сленга, жаргона,
   - участие в духовных часах.

Здесь приведены характеристики члена команды в рамках реабилитационного центра. В рамках общества миссия команды заключается в несении идей трезвого и здорового образа жизни в социуме. Команда центра занимается первичной профилактикой, реализует различные проекты, направленные на укрепление идей трезвого и здорового образа жизни среди молодежи.

Видеофильмы, используемые в работе:

1. Отец Мартин: «Беседа с мелом у доски» и «12 шагов АА».
2. «Меня зовут Билл Уилсон» - телевизионный художественный фильм об образовании сообщества Анонимных Алкоголиков.
3. «Когда мужчина любит женщину» – художественный фильм о судьбе выздоравливающей алкоголички, о сложностях восстановления отношений в период восстановления, о любви между мужчиной и женщиной.
4. «28 дней» – художественный фильм о различных судьбах выздоравливающих в реабилитационном центре, об этапах выздоровления на примере героев фильма.
5. «Знакомьтесь, Джо Блэк» – художественный фильм о человеческих ценностях, о том, что значит быть человеком.
6. «Адвокат дьявола» - художественный фильм о слабостях человека (тщеславии, гордыни, жадности).
7. «Трасса 60» – художественный фильм о свободе выбора человека.
8. «Побег из Шоушенка» – художественный фильм о силе духа человека.

А также и другие видеофильмы.

Примерные темы письменных заданий для подготовки их пациентами к обсуждению на групповой терапии:

1. Мотивации для выздоровления – задание выдается пациенту в самом начале терапии, позволяет увидеть свои цели, как самому пациенту, так и другим участникам группы.
2. 10 болезненных последствий моего употребления алкоголя/наркотиков – задание дается после представления мотиваций для выздоровления, сталкивает пациента с той реальностью, которую он сам скрывает от себя.
4. История зависимости - задание, в котором пациент описывает начало знакомства с алкоголем, наркотиками, табаком, описывает, как его семья относилась к употреблению и т.д.
5. Неуправляемость – задание позволяет увидеть, какой беспорядок привнесло в жизнь пациента употребление наркотиков.
6. Бессилие – дает возможность осознать противоречивость прежних жизненных установок пациента в отношении его употребления ПАВ.
7. Первый шаг – одно из самых трудных и важных заданий на пути к стабильной трезвости и предназначено для того, чтобы помочь пациенту детально определить, как повлияла химическая зависимость на все сферы его жизни.
8. Второй и Третий Шаг – позволяет осознать роль Высшей Силы (Бога) в жизни пациента, оценить предыдущий опыт эгоцентрического отношения к жизни, к людям и начать искать свои пути к осознанию своего Высшего Я.
9. Четвертый шаг – глубокая и нравственная оценка пациентом своей прежней жизни через призму духовных и нравственных ценностей.
10. «Кто такой алкоголик/наркоман?». Пять признаков наличия алкоголизма/наркомании у человека. Задание дается в том случае, если пациенты отрицают наличие у себя болезни или ее отдельных проявлений. В процессе разбора задания желательно просить пациентов сравнивать те проблемы, которые уже есть в их жизни, с названными признаками.
11. «Мои признаки алкоголизма/наркомании». Пять примеров. Рекомендовано применять тогда, когда есть подозрение, что у большинства пациентов имеется декларативность в признании наличия у себя болезни.
12. 10 преимуществ и 10 недостатков употребления наркотиков/алкоголя. Задание рекомендуется давать в том случае, если пациенты занимаются декларативным восхвалением лечения и трезвости.
13. «Что должен делать ведущий (консультант, психолог) на группе?». Написать не менее пяти рекомендаций. Рекомендовано давать пациентам это задание в период развития у них агрессии к терапевту.
14. «Каким образом вам будут помогать группы АА/АН?» привести пять конкретных примеров. Рекомендуется при подозрении на декларативность в хвалебных заявлениях пациентов относительно программы АН и обещаниях посещать группы сообщества после окончания лечения.

Глава 2. Особенности работы социального работника, консультанта и психолога в отделении психокоррекции по лечению больных алкоголизмом и наркоманией в ИК № 272/2 г. Ангарска

2.1. Психотерапия в пенитенциарной системе России

Одним из направлений деятельности психологов пенитенциарных учреждений многих зарубежных стран являются психотерапевтические мероприятия. Термин «психотерапия» в настоящее время не имеет однозначного понимания, ибо используется представителями различных отраслей знаний и практических подходов психологии, медицины, антропологии, философии. При всем многообразии подходов к данному понятию большинство специалистов сходятся во мнении, что психотерапия – «особый вид межличностного взаимодействия, при котором клиентам (пациентам) оказывается профессиональная помощь психологическими средствами при решении возникающих у них проблем или затруднений психического характера».

Все психотерапевтические мероприятия, которые проводятся в пенитенциарных учреждениях России, имеют психологическую направленность и осуществляются психологами. В последние годы, сделан упор на создание социально-терапевтических отделений в колониях и тюрьмах. Это дешевле, чем строить новые тюрьмы или перепрофилировать старые.

Как правило, каждый осужденный получает возможность пройти психотерапию у одного из штатных психологов. Перед началом психотерапии проводится психологическое обследование осужденного. После чего определяется, какая форма психотерапии будет использована лично для него (групповая, индивидуальная или комбинированная терапия, включающая и то и другое).

В психотерапевтической практике используются следующие методологические подходы:

- гуманистические,
- глубинно-психологические (психоанализ),
- когнитивно-поведенческие.

Во многом выбор зависит от самого психолога, его профессиональной подготовки. Различные виды терапии (индивидуальная, групповая) не противостоят друг другу. Они используются в комплексе, чтобы использовать сильные стороны и того и другого.

Почти у всех осужденных диагностируются личностные отклонения. У многих осужденных выявляются нарушения в контроле импульсивного поведения, которые сыграли центральную роль в совершении преступлений агрессивного характера. В психотерапии, поэтому необходимо особое внимание обращать на интенсивную проработку преступлений и развитие способностей к регулированию импульсивности и самоконтролю.

Проработка преступлений включает пошаговый анализ ситуаций, условий, мотивов, а также реконструкцию поведения и переживаний. Цели данной работы заключаются в том, чтобы осужденный:

- осознал свое поведение как отклоняющееся от нормы;
- принял на себя ответственность за совершенное, т.е. признал вину;
- понял связь между преступлением и своей импульсивностью;
- научился контролировать себя в ситуациях повышенного риска;
- развивал чувство эмпатии по отношению к ситуации, чувствам жертвы и последствиям для жертвы;
- инициировал поиск альтернатив наркотическим фантазиям и их адекватной реализации;
- мог выработать стратегии превенции рецидива.

Групповая психотерапия является наиболее подходящей для психологической коррекции отклонений, особенности которых, причины и условия протекания указывают на то, что с ними связаны также комплексные отклонения в межчеловеческих отношениях. Обычно психотерапия осуществляется в течение многих месяцев.

Определение целей психотерапии.

Единый взгляд на личность важен для того, чтобы все члены команды, участвующие в терапии знали о психологических особенностях, мотивах, конфликтах и проблемах осужденного. Целостный подход к личности (био-психо-социо-духовный), является гарантом того, что будет установлено постоянное и соответствующее отношение к осужденному, и это сохранит терапевтический климат в отделении психокоррекции в целом.

Цели реабилитации разрабатываются в соответствии с результатами психологической диагностики для каждого конкретного случая, поэтому цели реабилитации достаточно индивидуальны и могут быть направлены на следующее:

- создать для пациента специальным образом организованной психотерапевтической среды внутри отделения;
- ознакомить пациента с формированием и развитием химической зависимости;
- сформировать мотив для изменений, указывая разрушительное действие употребления алкоголя и наркотиков, насилия;
- научить справляться с механизмом болезни и стереотипами криминального поведения;
- информационно-познавательные сообщения (лекции) для пациентов и их родственников по тематике - алкоголизм\зависимость, как болезнь, семейные и психологические проблемы при алкоголизме;
- содействовать пациенту в психологическом анализе его проблем;
- включить самих пациентов отделения в работу макросоциальной группы с участием других больных зависимостью - Анонимных Алкоголиков\Анонимных Наркоманов бывших пациентов реабилитационного центра со свободы и бывших пациентов отделения психокоррекции, с целью их скорейшего выздоровления, реадаптации;
- обучить навыкам предотвращения рецидива совершения преступления и употребления алкоголя или наркотиков (программа профилактики срывов).

Достижение этой цели предполагает решение следующих задач:

- развитие коммуникативных способностей;
- развитие способности построения адекватных социальных отношений;
- тренировка самоконтроля в отношении проблемных реакций в поведении;
- развитие чувства ответственности;
- тренировка самоконтроля в ситуации агрессии;
- развитие сочувствия к потерпевшему (жертве);
- проработка агрессивной динамики;
- обучение методам саморегуляции (поведение в стрессе);
- укрепление самосознания и самооценки;
- побуждение к адекватному поведению в свободное время;
- терапия страхов и фиксирования на определенных ролях и поведении;
- развитие понимания и учета интересов других в поведении;
- поощрение постоянно рабочего и успешного поведения;
- содействие в разработке стратегий решения проблем;
- разработка реальных жизненных планов;
- разбор преступления;
- повышение адаптивности к новым социальным ролям.

Задачи психотерапии.

Основная задача психотерапии – оказание психотерапевтической помощи больным, страдающим хроническим алкоголизмом/зависимостью и способствование процессу ресоциализации осужденных.

Основным объектом воздействия является отклоняющееся (криминальное) поведение, которое проявляется как следствие психических отклонений. Речь идет об уходящих в историю жизни (детство, юность) травмах и личностных отклонениях. Они проявляются как длительные и отклоняющиеся образцы мышления, чувств, переживаний, организации поведения и контроля импульсов.

Общими задачами психотерапевтической работы с осужденными являются:

- развитие стабильного терапевтического альянса с пациентом;
- развитие у пациента самопонимания;
- познание и изменение неправильного стиля восприятия - конфликтного и других «вредных» образцов взаимодействия;
- выяснение основных мотивов, страхов и их коррекция;
- раскрытие альтернативного способа поведения для регулирования импульсов, преодоления конфликтов и решения проблем;
- обучение зависимого человека адекватному социальному взаимодействию среди людей с такими же, как и у него, проблемами, но ведущих трезвый образ жизни;
- изучение имеющихся особенностей собственной личности;
- изучение особенностей окружающей реальности, построение новых конструктивных отношений с внешней средой с учетом своего выздоравливающего «Я»;
- оказание помощи другим осужденным, страдающим алкогольной/наркотической зависимостью, которая осуществляется преимущественно для своего личного выздоровления.

2.2. Общие принципы психологической коррекции и психотерапии в пенитенциарных учреждениях

Признавая неоспоримость того, что действенность терапии зависит от согласия, добровольности и готовности осужденных к сотрудничеству, участие в социально-терапевтических мероприятиях предполагает желание самого осужденного их пройти. Важным является также и тот факт, что осужденный сформулировал свою проблему для психолога и открыто с ним сотрудничал. Однако на начальных этапах терапии полной добровольности осужденных ожидать не приходится. Поэтому используются в основном следующие виды стимулирования участия осужденных в социально-терапевтических мероприятиях:

- директивное предписание (решение суда о необходимости терапии – принудительное лечение, решение комиссии врачей – обязательное лечение);
- предложение осужденному системы льгот в случае, если он будет участвовать в мероприятиях (отпуска и т.п.);
- участие в социально-терапевтических мероприятиях объявляется как обязательное требование условно-досрочного освобождения, а некоторых случаях освобождения вообще.

Условия выполнения программы отделения психокоррекции для осужденных, зависимых от алкоголя и наркотиков в ИК № 272/2. Программа предназначена для осужденных мужчин, зависимых от алкоголя и наркотиков. Максимальная вместимость отделения 15 пациентов. Срок лечения 4 месяца. Реабилитация может быть продлена до 6 месяцев, если:

- у пациента установлен значительный или умеренный прогресс в процессе реабилитации и есть поводы для включения его в дополнительные терапевтические группы, предназначенные для решения конкретных проблем;

- имел место непродолжительный перерыв в терапевтическом процессе, например из-за соматического заболевания пациента, вследствие которого он не смог решать задачи из его личной терапевтической программы.

С предложением продлить реабилитацию выступает на собрании терапевт, ведущий данного пациента за 3 недели до окончания реабилитации.

Необходимые кадры: 1 начальник отделения, 1 начальник отряда, 2 консультанта по работе с зависимыми, 1 психолог, 1 воспитатель.

Руководство по организационной и реабилитационной части, осуществляет заведующий психологической лабораторий. Контроль за работой отделения осуществляет начальник психологической службы УФСИН по Иркутской области.

Порядок направления в отделение.

1. В реабилитации не могут участвовать осужденные: умственно отсталые, психически больные, агрессивные или со склонностью к депрессии, так как они могли бы своим поведением создавать опасность в отделении, где камеры не запираются (от осужденных требуется повышенная самодисциплина и контроль). Не рекомендуется принимать в отделение пациентов с плохим зрением (мешающим им читать, писать и участвовать в терапевтических занятиях), а также тех, которые вследствие определенного заболевания, вынуждены постоянно принимать ПАВ (лекарства), воздействующие на психику. Не включаются в работу осужденные с инфекционными заболеваниями, представляющими опасность для окружающих.
2. До начала лечения осужденный должен ознакомиться с терапевтическим контрактом и терапевтическим предложением. Подписанный контракт (равносильный согласию на реабилитацию - см. в Приложении в конце методического руководства) приобщается к личному делу осужденного.
3. Срок начала реабилитации определяется после того, как комиссия примет решение о направлении осужденного на реабилитацию. Срок нахождения осужденного в отделении определяет начальник ИК № 2 после подачи осужденным письменного ходатайства на его имя. В ходатайстве должны быть указаны: личные данные осужденного, срок наказания, срок возможного досрочного освобождения, подтверждение квалификационных и направительных требований и отсутствия противопоказаний для реабилитации.

Основные предпосылки для реализации программы в отделения психокоррекции:

- воздерживаться от потребления алкоголя и наркотиков;
- пациент в состоянии измениться и совершить перемену в своей жизни;
- изоляция в колонии для алкоголика или наркомана может быть стимулом к изменению своей жизни;
- в лечении не применяются никакие медикаменты, программа основана исключительно на психотерапии;
- у пациентов, начинающих реабилитацию в большинстве случаев мотивация носит формальный характер, поэтому работу надо начать с выявления и формирования устойчивого мотива.

Глава 3. Научно-методические основы психокоррекционной работы в отделении

3.1. Организация работы отделения

Частота и объем занятий

Отделение предназначено для пациентов, зависящих от наркотиков и алкоголя. Основной цикл лечения продолжается в течение 4-х месяцев и может быть продлен до 6 месяцев, по рекомендации

терапевтического коллектива. В отделении не используют фармакологического лечения, а только психологическое воздействие. В связи с этим в период лечения необходимо прекратить принятие разных средств, изменяющих сознание (среди них также чая, психотропных лекарств).

Главный упор сделан на групповую работу. Терапевтические группы проходят один раз в день и продолжаются примерно 1,5 часа. Ежедневно проводятся обучающие лекции, во время которых пациенты получают знания о том, что нужно делать, чтобы сохранить трезвость.

Раз в неделю демонстрируются фильмы, посвященные теме зависимости. Ежедневно пациенты имеют возможность встречи и разговора с терапевтами, психологом.

Один или два раза в неделю пациенты могут участвовать в собраниях АА или АН, на которые приглашаются трезвые наркоманы или алкоголики со свободы.

Раз в месяц организуются, так называемые, семейные встречи, в которых участвуют близкие и родственники пациентов, поддерживающие их процесс выздоровления.

Начало работы группы

Процесс при всех психотерапевтических методах осуществляется всегда в коммуникативной интеракции между терапевтом и клиентом. Для содержательной работы отношение между терапевтом и клиентом представляет собой основное условие. Оно является также необходимым условием для успешной терапии.

Из-за специфических личностных характеристик большинства осужденных (высокая степень недоверия, боязнь близости, исключительно эгоцентричное поведение, хронические проблемы в социальной области) с ними особенно тяжело построить терапевтические отношения. Образование и поддержание терапевтического союза происходят поэтому не только в короткой период начальной фазы терапии, а постоянно находятся в зоне контроля психолога в течение всего процесса терапии в качестве ведущей задачи. Особенно это актуально по отношению к осужденным, имеющим нарушения во взаимоотношениях.

Терапия, особенно в самом начале, должна быть с элементами директивности. До тех пор, пока у пациента не изменится способ мышления и переживания, он должен менять свое поведение. В обязанности терапевта входит также эмоциональная поддержка пациента и оказание ему помощи. Ибо не подлежит сомнению, что терапевт лучше знает заболевание пациента и то, как надо его вести. Но, несмотря на директивность, в отделении существуют четкие и понятные правила работы, выполнение которых обязательно для всех - как для персонала, так и для пациентов. Больному не навязывается позиция «ты болен зависимостью« - он вправе сам сделать выбор (обычно такой выбор делается пациентом по мере его работы и учебы в отделении).

Каждым из начавших лечение пациентов занимается ведущий терапевт. Работа в группах продолжается около 12 недель. По истечении 4 недель ведущий терапевт составляет индивидуальный план терапии (ИПТ), в котором указаны главные проблемы пациента, детальные цели и задачи со сроком их выполнения. С момента разработки ИПТ терапевтический процесс ведется с учетом индивидуальных особенностей пациента. Оценка эффективности терапии делается на собрании всех терапевтов. Все корректуры ИПТ обсуждаются в группе.

Взаимодействие сотрудников учреждения в ходе психокоррекционной работы

Предусматривается регулярный обмен информацией, рабочие заседания и консультации всех сотрудников, работающих с осужденным. Психологи и консультанты принимают в них самое активное участие. Однако, определенные сведения, полученные ими в ходе психотерапевтических сессий, не подлежат разглашению. В целом сохраняется принцип конфиденциальности информации, с учетом всех оговоренных законодательством исключений. Собрания коллектива терапевтической группы проводятся два раза в неделю. На собрании обсуждаются успехи пациентов, они рассматриваются как повод для продолжения реабилитации или прекращения. Рассматриваются также актуальные темы, выдвигаются предложения, которые персонал отделения передает администрации колонии. Все решения, касающиеся терапевтического процесса, обсуждаются коллективно.

Прекращение психотерапии

Решение о прекращении психотерапии и возврате пациента отделения психокоррекции в жилую зону колонии принимается по предложению рабочей группы отделения на общей конференции после обсуждения.

Причинами для этого могут быть:

- желание осужденного прервать терапию;
- нарушение правил отбывания наказания, обязательных для всех осужденных;
- нарушение договора по процессу терапии.

Пациенты попадают в отделение психокоррекции из разных отрядов, где условия отбытия наказания разные. С их стороны часто выдвигаются необоснованные требования. Но они должны понять, что во время реабилитации они несут ответственность за свое поведение. В случае нарушения условий контракта пациент вызывается на терапевтическое собрание. Этот факт отмечается в деле осужденного. Если поведение пациента не изменится к лучшему, он исключается из реабилитации.

Организационные моменты, связанные с психотерапией

Еженедельно рекомендуется проводить совещание сотрудников рабочей команды отделения (психолог, консультанты отделения психокоррекции, сотрудник отделения общей службы исполнения наказаний). На них обсуждается ход, цели и содержание терапии, производится диагностика, детальное обсуждение преступления, планирование лечения, назначение и контроль за конкретными лечебными мероприятиями, совещание рабочей команды процесса лечения, подготовка к предоставлению льгот.

Документация

Все мероприятия по психотерапии документируются. Каждый терапевт обязан вести индивидуальную документацию, помещенную в терапевтическую папку. Содержание документации: история болезни пациента отделения, результаты диагностических исследований, симптомы болезни, психосоциальная анкета, эпикриз. Документация считается конфиденциальной, она остается в отделении. В личном деле осужденного отмечаются: начало терапии, ежемесячная письменная оценка поведения пациента, а также другая важная информация (например, вызов на терапевтическое собрание). По окончании терапии проводится общая оценка состояния пациента, даются рекомендации для его дальнейшего поведения в трезвости (в «Индивидуальной программе воспитательных воздействий»).

К отчетной документации относятся «Тетрадь учета психотерапевтической и консультативной работы», общая для всех специалистов. В «Тетради учета психотерапевтической и консультативной работы» указывается объем выполненной работы в течение рабочего дня, как всем составом отделения, так и отдельными специалистами, отражаются изменения в составе пациентов, распределение их по тем или иным мероприятиям.

Для диагностики пациента используют «Бланк психосоциальной оценки», «Индивидуальная карта пациента», проективные методики: тест Сонди, Люшера, рисуночные тесты «Дом-дерево-человек» и «Человек под дождем». Эта документация заполняется до 5-го дня пребывания пациента в программе реабилитации. Тестирование также проводится и при выписке пациента, в целях выработки стратегий воздействия на личность пациента, отслеживания изменений в ходе применяемых методик и для научного исследования.

Информационный материал программы состоит из лекций, составленных специалистами программы.

3.2. Особенности когнитивно-поведенческой психотерапии в условия отделения психокоррекции

Когнитивно-поведенческая терапия сегодняшний день одна относится к числу наиболее эффективных форм психологической коррекции. Известный специалист по психотерапии Корвасарский Б.Д., ссылаясь на исследование К. Граве, Р. Донатти и Ф. Бернауэра, посвященное сравнительному анализу различных направлений психотерапии, отмечает, что когнитивно-поведенческий подход признан наиболее эффективным.

Рассмотрим основные положения когнитивно-поведенческого подхода.

1. Поведение клиента, с одной стороны, и его мысли, чувства, психологические процессы и их следствия, с другой, оказывают друг на друга взаимное влияние. Поведение «двусторонне детерминировано». Согласно теории когнитивно-поведенческого подхода, когнитивное не является первоисточником или причиной неадаптированного поведения. Мысли клиента в такой же степени влияют на его чувства, как чувства — на мысли. Когнитивно-поведенческая терапия рассматривает мыслительные процессы и эмоции как две стороны одной медали. Мыслительные процессы лишь звено, часто даже не основное, в цепи причин.

2. Когнитивное может рассматриваться как совокупность когнитивных событий, когнитивных процессов и когнитивных структур. Термином «когнитивные события»принято обозначать автоматические мысли, внутренний диалог и образы, возникающие в сознании человека. Можно сказать, что поведение человека в большинстве случаев неосмысленно, автоматично. Оно как бы складывается «по ранее выработанному сценарию». Можно сказать, что у больного зависимостью в ходе глубоких личностных изменений в связи с употреблением химических веществ возникают определенные паттерны поведения, которые заставляют больного действовать автоматически, то есть реактивно. Но бывают случаи, когда этот автоматизм прерывается. Например, часто у человека, принимающего решение в условиях неопределенности, «включается» внутренняя речь, содержание которой, по когнитивно-поведенческой теории, способно оказывать влияние на чувства и поведение человека. А также то, как человек чувствует, ведет себя и взаимодействует с окружающими, может существенно влиять на его мысли. Позитивный эффект в условиях принятия человеком решений может оказать молитва о душевном покое выздоравливающих наркоманов и алкоголиков.

В соответствии с теорией когнитивно-поведенческой терапии, когнитивные причины (так называемые «иррациональные»убеждения, когнитивные искажения или паттерны) не вызывают эмоциональных расстройств или неадаптивного поведения. Такой взгляд, скорее, считается упрощением, не соответствующим научным данным. Когнитивное лишь часть сложной системы взаимодействующих процессов.

Существуют еще и когнитивные процессы. Социальная, когнитивная и возрастная психология многое сделали для описания когнитивных процессов, в частности, ошибок подтверждений, эвристического мышления и метакогниций. Если говорить кратко, ошибка подтверждения (в терминологии программы выздоровления «12 Шагов Анонимных Алкоголиков/Наркоманов» она называется ложными убеждениями или самообманом) имеет место в тех случаях, когда человек строго придерживается определенных взглядов на самого себя и на окружающий его мир, редко обращая внимания на факты, опровергающие правильность этих взглядов. Например, наркоман может считать весь окружающий мир враждебным и несправедливым по отношению к нему, а людей разделять только на полезных (тех, у кого можно добыть средств на употребление) и бесполезных.

Эвристическое мышление — это использование «привычного мышления» для принятия решения в условиях неопределенности. Более того, эмоциональное состояние человека (например, депрессия, тревожность и т.д.) может повлиять на конкретные эвристические примеры из прошлого и по-своему их окрасить. Человек не просто реагирует на события, он опирается на разные готовые примеры из прошлого, в зависимости от своего настроения в данный момент. Например, яркий пример эвристического мышления с элементами эйфорической памяти представляет собой наркоман, который несколько раз давал себе обещание бросить употреблять героин, но, вспоминая о приятном и

положительном опыте его употребления, начинает выстраивать цепочку логических объяснений для того, чтобы снова вернуться к активному его использованию. В терминологии наркоманского сленга это состояние называется «тягой». Таким образом, эмоции клиента влияют на то, какую информацию он выберет в качестве руководства к действию, какие сделает выводы, и какие объяснения своему поведению предложит.

Метакогниции — это процессы саморегуляции и их обдумывание. Психотерапевт помогает клиенту развить в себе способность «замечать», «схватывать», «прерывать» и «отслеживать» свои мысли, чувства и поведение (например, техника мысль-стоп, когда пациент обнаруживает у себя мысли об употреблении наркотиков, он старается остановить их на начальном этапе их возникновения). Кроме того, психотерапевт должен убедиться в том, что клиент при положительных изменениях в своем поведении осознает самостоятельность их осуществления.

И, наконец, когнитивно-поведенческая терапия подчеркивает ведущую роль когнитивных структур или схем. Схемы — это когнитивная репрезентация прошлого опыта, оказывающая влияние на восприятие опыта сегодняшнего и помогающая систематизировать новую информацию. Эти схемы более всего похожи на негласные правила, организующие и направляющие информацию, касающиеся личности самого человека. Схемы влияют на процессы оценки событий и процессы приспособления. Такие схемы могут быть сформированы как в дисфункциональной семейной системе, в которой воспитывался клиент, так и в ходе его негативного жизненного опыта (тюремное заключение, неоднократное медикаментозное лечение, которое не принесло успехов в излечении от зависимости и т.д.).

3. Учитывая особую важность схем, основной задачей когнитивно-поведенческой психотерапии является помощь клиентам в понимании того, как они строят и истолковывают реальность. Таким образом, когнитивно-поведенческая терапия работает в конструктивистском ключе. Опираясь на идеологию программы «12 Шагов», можно сказать, что речь идет о простых духовных принципах - честности, открытости и готовности пациента к изменениям, следуя которым клиент может раскрыть свое больное и здоровое Я, и увидеть ту бездну внутренних противоречий и конфликтов, в которой он оказался затянутым своей зависимостью.

Психотерапевт также помогает пациентам увидеть, как они непреднамеренно отбирают из информационного потока только то, что подтверждает уже существующие у них представления о самих себе и об окружающем мире. Задача психотерапевта на данном этапе – помочь пациенту разорвать порочный круг.

Поскольку когнитивно-поведенческая терапия стоит на конструктивистских позициях, она не считает, что существует «единственная реальность» или что задачей психотерапевта является обучение пациента или исправление его неправильных представлений (таких, как ошибки мышления или иррациональные мысли). Скорее, когнитивно-поведенческая терапия признает существование «множественных реальностей». Общая задача пациента и психотерапевта состоит в том, чтобы понять, как пациент создает эти реальности и какой ценой он за это расплачивается. Более того, необходимо ответить на вопросы: «Хочет ли он платить своими эмоциями и отношениями с другими людьми? Что он теряет, продолжая придерживаться своих взглядов на самого себя и на мир?» Ответы на них даются не абстрактно, а при эксперименте с эмоциями во время психотерапевтических сессий, как правило, когда пациента сталкивают в ходе групповой психотерапии с его больным Я.

Вместе с пациентом рассматриваются возможности изменения личностных построений и поведения. Кроме того, во время сессий большое внимание уделяется рассмотрению препятствий, которые могут встать на пути изменений.

4. Психотерапевт призван отслеживать и корректировать «иррациональные» убеждения пациента. Психотерапевт помогает ему выработать более правильный и объективный взгляд на реальность при помощи честного и открытого взгляда на самого себя и сбора эмпирических доказательств, подвергающих неверные убеждения клиента проверке реальностью. Психотерапевт также может использовать полученную от пациента информацию о его прошлом и поведении во время психотерапевтических сессий для того, чтобы помочь пациенту разобраться в своих чувствах.

5. Когнитивно-поведенческая терапия придает большое значение процессам сотрудничества и открытия. Показателем хорошей работы психотерапевта является ситуация, когда пациент раньше него успевает предложить вариант ответа на какой-либо вопрос. Психотерапевт помогает пациенту собрать информацию (например, об изменениях проблемы в зависимости от ситуации), а затем спрашивает, что можно было сделать по-другому. Цель когнитивно-поведенческой терапии — помочь пациенту самому стать своим собственным психотерапевтом, самому взять ответственность за свое выздоровление и, в конечном счете, за свою жизнь. Для того чтобы достичь этой цели, психотерапевт не должен быть дидактичным. Такая позиция психотерапевта дает возможность клиенту начать экспериментировать со своими убеждениями, мнениями и предположениями, проверяя их правильность, постепенно переходя к экспериментам с новыми видами поведения. Некоторым пациентам нужен развернутый поведенческий тренинг (например, моделирование, репетиции, ролевые игры и упражнения), прежде чем они смогут перейти к таким экспериментам.

6. Чрезвычайно важным для когнитивно-поведенческой терапии является предотвращение рецидивов. Психотерапевты вместе с клиентами рассматривают ситуации повышенной степени риска, в которых может произойти рецидив, а также разбирают мысли и чувства клиента, могущие привести к срыву. С ними также производится работа во время психотерапевтических сеансов. Пациенты, как ученые, учатся на ошибках и неудачах. Без неудач не было бы движения вперед. Иными словами, психотерапевты помогают пациентам посмотреть на неудачи и разочарования как на уроки и испытания, а не как на катастрофы. Помогают в поиске веры в роль более могущественной силы в восстановлении от зависимости, чем индивидуальной силе воли. Психотерапевт является проводником надежды, борется с упаднническим настроением и безнадежностью, беспомощностью и уязвимостью, с которыми клиенты к нему приходят. В когнитивно-поведенческой терапии используется весь спектр приемов когнитивного реструктурирования: социальное сравнение, парадоксальные техники, рефрейминг и т.д.

7. Все эти техники эффективны только в контексте отношений сотрудничества. Отношения, сложившиеся между пациентом и психотерапевтом, особенно важны для достижения положительных результатов. Для психотерапевтов также очень важно, чтобы во время сессий существовала атмосфера теплоты, эмпатии, эмоционального «созвучия», принятия и доверительности. Психотерапевтические отношения в идеале — образец для построения отношений вне кабинета психотерапевта. Отношения с психотерапевтом дают пациенту мужество меняться. Более того, как отмечают, такие отношения становятся решающим фактором, помогающим преодолеть сопротивление пациента.

8. Все это связано с большим эмоциональным напряжением. Эмоции играют в когнитивно-поведенческой терапии значительную роль. Эмоции чрезвычайно важны для понимания когнитивных структур и схем пациентов. Так же, как Фрейд считал эмоции «королевской дорогой к бессознательному», в когнитивно-поведенческой терапии считается, что эмоции – «королевская дорога» к личностным схемам.

Существует множество способов «достучаться» до эмоций пациента. В общении с психотерапевтом пациенты часто используют эмоциональные образцы, сформировавшиеся в общении со значимыми людьми в прошлом. Психотерапевт, как участник-наблюдатель этих отношений, обсуждает их с клиентом. Здесь единицей анализа становятся не автоматические мысли или способ мышления, а манера поведения пациента во взаимодействии с психотерапевтом. Психотерапевт вместе с пациентом исследует как возникающие в процессе психотерапии эмоции, так и разнообразные факторы, вызвавшие сегодняшние эмоциональные проблемы. Коротко говоря: когнитивно-поведенческая терапия помогает пациенту осмыслить свое поведение.

В когнитивно-поведенческой терапии осмысление происходящего пациентом оценивается не с точки зрения его правильности, а с точки зрения его пригодности в определенных обстоятельствах.

Основным в когнитивно-поведенческой терапии является следующее:

- конструктивистская и интерактивная позиция;
- важность схем;
- ведущая роль эмоций;

- значение психотерапевтических отношений, в особенности отношений сотрудничества;
- роль прошлого, семейное и социокультурное влияние;
- необходимость учета фактора переноса;
- обучение клиентов навыкам предупреждения рецидивов.

Глава 4. Программа психологической коррекции осужденных, зависимых от химических веществ

Данная программа должна осуществляться только персоналом, который прошел подготовку для ведения подобного курса и который работает под наблюдением супервизора. Слово «ведущий»имеет значение специально подготовленный консультант или психолог.

Затраты времени на реализацию программы

№ блока	*Содержание работы*	*Число сессий*
1	Становление Группы	1
2	Представление теории когнитивных искажений	1
3	Представление модели Финкелхора	1
4	Пассивные и активные сообщения о преступлениях	4+24
5	Итоговая сессия	1
6	Сочувствие жертве (эмпатия). Использование письменных сообщений	1
7	Сочувствие жертве (эмпатия). Использование видеоматериалов	2
8	Рассказы жертв	4
9	Проигрывание роли потерпевшего	8
10	Итоговая сессия	1
11	Последствия преступления	1
12	Цепи решений (Введение)	2
13	Индивидуальные цепи решений	8
14	Индивидуальные альтернативы	8
15	Факторы Риска (Введение)	1
16	Как распознать общие факторы риска	1
17	Как распознать индивидуальные факторы риска	4
18	Планирование предотвращения рецидива	9
19	Подготовка к Эффекту Нарушения Воздержания	1
20	Факторы риска в тюрьме	1
21	Рассмотрение дневников факторов риска	2
22	Планирование и предотвращение насилия	8

Блок 1. Становление группы

ЦЕЛИ:

- дать общее представление о программе и ее задачах;
- получить согласие группы по контракту;
- установить раппорт с группой;
- оспорить любые нарушения иерархии, существовавшие ранее.

МЕТОДИКА:

1. Введение. Ведущие и члены группы, чтобы представить себя и провести групповую дискуссию, отвечают на вопрос: «Почему мы участвуем в группе?» Каждый член группы индивидуально должен указать три наиболее важных для него причины.

Ведущий обучает как делать запись предложений в карточке участников. В ходе работы ведущий поддерживает обсуждение и выделяет наиболее общие мотивы участия в тренинге. Цель этого

упражнения состоит в том, чтобы выявить утверждения, которые впоследствии могут быть укреплены, если кто-либо из членов группы будет пессимистически настроен.

2. Контракт (правила групповой работы). Заключите контракт с группой, согласуя с ее членами необходимые правила, смягчая при этом опасения относительно недостатка целостности группы и несоответствующего использования личной информации. Включите контракт в карточки участников.

3. Оспаривание нарушений иерархии. Разделите членов группы на две подгруппы, обеспечив в каждой подгруппе соединение типов по лидерству.

4. Мозговой штурм. Каждая подгруппа участвует в «мозговом штурме» по темам:

- «возражения против алкоголя» (10 минут);
- «возражения против наркотиков» (10 минут);
- поиск выхода из конфликтной ситуации (знакомый просит приготовить наркотик у тебя дома; знакомый просит оставить вещи у тебя дома; знакомый просит солгать его родителям, что какая-то вещь у тебя дома).

Предложите группам выделить по одному члену для того, чтобы представить разъяснения их вариантов. Ведущий, поощряя обсуждение, помещает заключения на карточке участников и подводит итоги. Эффективным способом выполнения первого упражнения является внесение в список возражений по алкоголизму на одной карточке и возражений на злоупотребление наркотиками на другой, затем замещение по заголовкам и опрос членов группы о том, что они видят. При выполнении второго упражнения участники подгрупп должны предложить три варианта отказа: уверенный, неуверенный и агрессивный.

Опрос после сессии.

Ведущие должны сделать запись:

- мотивация членов группы на участие в терапии;
- любые искажения или лидерство, которые наблюдались у членов группы.

Рекомендации ведущему по составлению «контракта с группой».

Согласие с контрактом необходимо для каждой группы. Это помогает продемонстрировать группе, что она является объединением, существующим для их пользы. А также дает ей возможность установить персональный раппорт с лидерами, четко определить ожидания и создать механизм решения проблем, которые будут возникать в ходе работы.

Контракт составляется лидерами совместно с группой: все имеют право вносить изменения и принимать заключительную версию. Санкции за нарушения контракта должны быть также согласованы.

Клиническая супервизия. Группа должна принять к сведению, что супервизор может присутствовать на некоторых сессиях. Нужно объяснить, что цель этих посещений в том, чтобы помочь ведущим. При обсуждении этого пункта контракта рекомендуется присутствие супервизора.

Видеозапись сессий. Поскольку сессии могут быть записаны на видео, члены группы должны быть предупреждены об этом до начала работы. Им необходимо сообщить, что камера будет направлена на ведущего, а не на членов группы, и что запись будет использоваться для сохранения целостности программы.

Блок 2. Представление теории когнитивных искажений

ЦЕЛИ:

- дать членам группы определение концепции и цели когнитивных искажений;
- показать членам группы характерные для них когнитивные искажения на данной стадии;
- дать возможность членам группы начать распознание психологических защит - отрицания и минимизации (преуменьшения) в отношении употребления наркотиков и алкоголя, что и определяет искаженный вариант размышления.

МЕТОДИКА:

I. Введение карточек упражнений. Ведущий выбирает карточки с утверждениями - «Провокационные тезисы» из подготовленного набора. Можно дополнить список тезисов самостоятельно. Отбираются карточки, которые, с Вашей точки зрения, наиболее близки или наиболее уместны для правонарушений, совершенных участниками группы. Попросите участников озвучивать каждое утверждение, а группу – выражать согласие или несогласие с этим утверждением. Задача группы состоит в том, чтобы достигать согласованного решения по утверждению и затем раскладывать карточки по двум стопам (первая: согласны, вторая: не согласны) в зависимости от решения группы.

На разных участках стены можно развесить таблички с утверждениями «Да» и «Нет». После прочтения утверждения члены группы переходят к какой-либо табличке в зависимости от их мнения.

Побуждайте участников группы к обсуждению с помощью вопросов:

- Какие есть причины, чтобы не согласиться с (далее текст утверждения)?
- Что Вы думаете по поводу утверждения (далее текст утверждения)?

Цель данного упражнения – выявить когнитивные искажения участников группы. В ходе упражнения, чтобы сохранить желание участников группы участвовать в обсуждении, ведущий не должен оспаривать те или иные искажения. Ведущие, поощряя участников группы к высказыванию своего отношения, должны просить разъяснений:

- Почему Вы говорите именно так?
- Не могли бы Вы подробнее объяснить, что Вы имеете в виду?

Ведущие могут добавлять свои утверждения к предложенному списку, если они чувствуют, что они будут полезными для данной группы.

2. Упражнение «Запрет». Предложите группе следующую ситуацию: «Вы летите на самолете и проинформированы о том, что во время всего полета курить категорически запрещено».

Ведущий просит участников группы поделиться, что они говорят сами себе, когда нарушают правила безопасности полета. Подобное задание позволяет продуцировать у участников группы когнитивные искажения. Например:

- «Это все формальности».
- «Все так делают».
- «Я плачу деньги».

3. Зондирование цели отрицания и преуменьшения. Используя карточки участника, проведите «мозговой штурм»или дискуссию для ответа на вопрос : «Почему мы говорим эти слова себе?».

Ведите обсуждение к выводу: когда мы хотим что-либо сделать, то находим такие оправдания, которые помогают нам осознать, что мы все делаем правильно. Сообщите группе, что эти оправдания мы и называем «когнитивными искажениями».

Ведущие могут привести и другие примеры:

- Употребление шоколада: мы находим оправдание для употребления шоколада в период, когда пытаемся придерживаться диеты.
- Развлечение: мы находим оправдание тому, чтобы пойти на вечеринку, хотя знаем, что завтра у нас сложный экзамен.

4. Отношение к употреблению наркотиков и алкоголя, а также к преступлениям. Попросите группу отнестись к концепции «когнитивных искажений» (самооправдания) в отношении преступлений, связанных с наркотиками и алкоголем. Группа должна опознавать как вид искажений, используемых относительно употребления наркотиков и алкоголя, так и цели, которые они обслуживают. Впишите и сами искажения, и их цели в карточку участника.

Заметки после сессии.

Выделите самые распространенные искажения, заявленные участниками группы.

Заметки для ведущего – карточки утверждений - «провокационные тезисы»:

- приблизительно 30 % населения России страдает алкоголизмом и наркоманией;

- если человек не хочет быть наркоманом, то не будет;
- некоторые семьи провоцируют наркоманию своим стилем воспитания;
- только некоторые типы мужчин подвергаются риску заболеть наркоманией или алкоголизмом;
- наркомания – это угроза жизни;
- наказания за наркотики недостаточно серьезны;
- алкоголизм и наркомания сокращают продолжительность жизни;
- это преступление – употреблять наркотики;
- любой человек может быть наркоманом и алкоголиком;
- употребление пива – это только красивый ритуал и образ жизни;
- возраст употребления алкоголя должен быть снижен;
- дети, которые рано начинают употреблять алкоголь, таким образом, становятся более устойчивыми к алкоголизму;
- наказания за вовлечение детей в употребление алкоголя и наркотиков не достаточно серьезны;
- иметь возможность достичь состояния опьянения - одна из радостей жизни;
- проблему наркомании решить нельзя, т.к. нет общества, свободного от наркотиков;
- наркоманам нельзя помочь;
- милиции следовало бы принимать более решительные меры в отношении наркоманов;
- молодежь слишком мало информируют о наркотиках;
- наркотики нужно легализовать;
- каждый человек хоть раз в жизни пробует наркотик;
- от марихуаны не развивается зависимость.

Блок 3. Представление модели Финкелхора

ЦЕЛИ:

- дать участникам группы общее понимание модели совершения преступления;
- подвести участников группы к тому, чтобы они начали обсуждение своего собственного опыта в категориях модели совершения преступления;
- подвести участников группы к тому, чтобы они сделали краткие сообщения о своих преступлениях по модели совершения преступления;
- подвести участников группы к пониманию концепции «Кажущиеся невзаимосвязанными решения» и объяснить, как она может описывать «пьяные» преступления.

МЕТОДИКА:

1. Ввести модель совершения преступления. Объясните, что процесс совершения преступления состоит из четырех этапов:

- желание совершить преступление: стремление к насилию из-за желания удовлетворить эмоциональные или половые потребности;
- разрешение самому себе это сделать: создание системы оправданий для себя, что совершить такое преступление нормально;
- создание возможности: представить себе ситуацию, в которой преступление может совершиться;
- преодоление сопротивления жертвы: заставить жертву согласиться выполнить ваши желания (например, угрожая, вынуждая или подкупая).

Объясните модель, используя пример, связанный или с курением, или с кражей со взломом. Ваша цель состоит в том, чтобы донести до участников группы идею, что все человеческие действия требуют мотивации и планирования. Распределите раздаточный материал, который помогает участникам группы понять идею и поощряет их участие. Побуждайте осужденных приводить примеры, предполагающие различные шаги, и обсуждать различные способы, которыми они

могли бы быть выполнены. Осужденные будут неизбежно привлекать свой собственный преступный опыт. Но нельзя в ходе этой сессии оказывать давление на них, используя их же примеры.

2. Домашнее задание. Все участники группы должны рассмотреть модель Финкелхора и соотнести ее со своим собственным преступлением. По возможности, они должны взять раздаточный материал с собой, чтобы подготовить письменные заметки к следующей сессии. Всем участникам группы необходимо начать размышлять о себе и своем преступлении в рамках модели совершения преступления и приготовиться к сообщению о своем преступлении в группе. Сообщите участникам группы, что на следующих сессиях они будут говорить о своем преступлении, используя модель Финкелхора. Выберите добровольцев на следующую сессию.

Заметки для ведущего: фантазирование.

Наркоманское фантазирование часто расценивается преступниками как предохранительный клапан, который может отвести желания и потребности от потенциальных жертв. В то же самое время многие преступники будут отрицать наличие интенсивных фантазий в их собственном преступном поведении.

Имея дело с преступниками, имеющими химическую зависимость, важно первоначально признать фантазирование на темы несексуального поведения, не связанного с насилием, как естественную, допустимую, нормальную часть жизни. Это позволяет осужденному чувствовать себя легче в разговоре о фантазиях на темы запрещенного поведения. Это также обеспечивает «зарубку», то есть определенный знак на фантазиях на темы запрещенного поведения.

Фантазия стимулирует потребность в яркой и легкой жизни. Фантазирование на темы запрещенного поведения формирует искаженное мышление. Этот шаг, в соответствии с моделью преступного поведения, способствует принятию преступником решения о возможности совершить преступление. Следовательно, нельзя игнорировать или недооценивать значение фантазии как части преступного паттерна.

В разговоре о фантазиях, избегайте слово «фантазия», используйте «мечты», «мысли», «дневные грезы» о чем-то.

Раздаточный материал: четыре этапа преступления.

Этап 1: Желание совершить преступление.

- Желание удовлетворять эмоциональные потребности во власти или проявлении гнева.
- Предпочтение измененного сознания другим формам поведения.
- Наличие мыслей или фантазий о совершении преступления.

Один из ведущих кратко записывает детали преступлений в рабочую карту. Другой ведущий делает заметки о когнитивных искажениях каждого участника группы. Необходимо избегать конфронтации на данном этапе, вместе с тем допускаются комментарии, поощрение обсуждения и поддержка группы. В каждом случае подтверждайте, что все этапы Финкелхора присутствуют, покажите участникам группы, что это утверждение истинно для всех участников группы.

Обратите внимание: сообщения о преступлениях на этом этапе обычно очень поверхностны. Их цель – сформировать базу для анализа преступлений, который начнется в следующем блоке. Представлять сообщения о своих преступлениях участники группы должны достаточно динамично. Планируйте одно или два сообщения о преступлении за сеанс, так чтобы за четыре сессии завершить этот блок.

В конце каждой сессии подчеркивайте значение установки «не сплетничать» относительно того, что было раскрыто в течение сессий (возврат к контракту).

Этап 2. Ввести концепцию «Кажущихся невзаимосвязанными решений».

После того, как все участники группы сделают краткие сообщения о своих преступлениях, ведущий представляет идею «Кажущихся невзаимосвязанными решений» на примере о хроническом алкоголике (см. приложение). Использование этого не болезненного для членов группы примера позволяет им увидеть, как «Кажущиеся невзаимосвязанными решения» влияют на поведение. Ведущий переносит эти идеи на «пьяные» преступления, иллюстрируя как «кажущиеся невзаимо-

связанными решения» вовлекают человека в ситуации с высокой степенью риска совершения преступления.

Распознавание «Кажущихся невзаимосвязанными решений» в контексте преступлений будет происходить в течение всей программы тренинга для того, чтобы закрепить понимание этих идей участниками группы. Предложите группе придумать другой пример «Кажущихся невзаимосвязанными решений» об играх на деньги или сидения на диете, чтобы подтвердить, что участники восприняли концепцию.

Заметки после сессии.

Отметьте для себя когнитивные искажения у каждого участника группы, проявившиеся в ходе пассивного сообщения о своем преступлении.

Приложение: «Кажущиеся невзаимосвязанными решения».

Рядом с деньгами.

Наркоман, который решил «завязать» с употреблением наркотиков, стал ходить на группу Анонимных Наркоманов, посещать психотерапевтическую группу. Но решил оставить небольшую сумму денег, которую спрятал в книгу на полке. При этом он об этом факте никому не сказал, и каждый день получал небольшую сумму денег от родителей на дорогу до группы и на обеды. Он гордился тем, что спокойно может воздерживаться от употребления наркотиков уже более двух недель. Однажды он поехал домой вместе с товарищем по терапевтической группе и стал жаловаться ему на трудности в понимании программы и возникновение страхов, что он может сойти с ума. Товарищ тоже посетовал на недомогание и предложил взять немного пива. Решив, что пиво это все-таки не наркотик, они отправились в магазин. По пути они обсудили возможный вариант, что после алкоголя будет болеть голова и на него нужно больше денег, чем на наркотик.

Слушая эту историю, Вы могли заметить, что наркоман принимал решения, которые в конечном счете, все глубже и глубже вовлекали его в ситуацию высокого риска, и это привело к срыву.

В каждом случае он мог принять другое решение, которое позволило бы ему отодвинуться дальше от опасной черты. Ответьте на вопросы:

- Он действительно нуждался в деньгах?
- Была ли у него другая альтернатива, кроме как жаловаться на свое здоровье?
- Мог ли он отказаться от употребления?

Записки для ведущего: рядом с деньгами.

Наркоман, который решил «завязать» с употреблением наркотиков, стал ходить на группу Анонимных Наркоманов, посещать психотерапевтическую группу. Он (1) решил оставить небольшую сумму денег, которую спрятал (2) в книгу на полке. При этом он об этом факте никому не сказал (3), и каждый день получал небольшую сумму денег от родителей на дорогу до группы и на обеды. Он гордился (4) тем, что спокойно может воздерживаться от употребления наркотиков уже более двух недель. Однажды он поехал домой вместе с товарищем по терапевтической группе и стал жаловаться (5) ему на трудности в понимании программы и возникновение страхов, что он может сойти с ума. Товарищ тоже посетовал на недомогание и предложил взять немного пива. Решив, что пиво это (6) все-таки не наркотик они отправились в магазин. По пути они обсудили возможный вариант, что после алкоголя будет (7) болеть голова и на него нужно больше денег, чем на наркотик.

Выделенные цифрами ситуации помогут ведущим обратить внимание участников группы на следующее:

1) Каждый наркоман знает, что «деньги карман жгут», то есть являются триггерным моментом срыва.
2) Зачем было срывать и прятать от других факт наличия денег?
3) Загордился? Возможно, но он же давал себе возможность вознаградить себя за такое «колоссальное терпение»?
4) Он случайно встретил одногруппника?
5) Он уже знал наверняка, что будет употреблять наркотик, вместо алкоголя?

Блок 4. Пассивные и активные сообщения о преступлениях

ЦЕЛИ:

- подвести участников группы к активному изложению своего преступления;
- установить факторы, вызвавшие преступление, последствия этого преступления для каждого участника группы;
- выделить и обозначить все когнитивные искажения, которые используют осужденные, чтобы минимизировать тяжесть своего преступления и ответственность за него.

МЕТОДИКА:

1. Разъяснение различий пассивных и активных сообщений о своем преступлении. Ведущие должны начинать занятие выдачей осужденным подготовленных заранее карточек и чтением примеров пассивных и активных сообщений о преступлениях. Используйте один или оба примера, в зависимости от ситуации в группе.

Определите сообщения как «пассивные» и «активные» и просите группу объяснять различие между двумя сообщениями. Ведите обсуждение так, чтобы участники группы смогли выделить когнитивные искажения в пассивном сообщении, которые минимизирует ответственность осужденного и психологические последствия для жертвы. Они должны понять, что в активном сообщении преступник берет ответственность за преступление на себя и признает причинение боли жертве.

Затем сообщите группе:

- в течение следующих сессий каждому участнику группы по очереди будут задаваться вопросы по деталям совершенного им преступления,
- от каждого участника, которого будут расспрашивать («участник на горячем стуле»), ожидают активного сообщения о своем преступлении,
- оставшиеся участники группы должны помочь ему, указывая на когнитивные искажения или пассивные утверждения в его сообщении.

Для большинства людей вначале это очень трудно сделать. Требуется много мужества для того, чтобы быть искренним при рассказывании о совершенном. Однако обучение активному сообщению – это первый шаг к тому, чтобы избежать в дальнейшем преступлений.

Оставшиеся участники группы должны быть максимально активны и задавать конструктивные вопросы (здесь можно сослаться на контракт).

2. Объяснить, что такое «система-анализа». Начните с объяснения, что в течение следующих сессий каждому участнику группы по очереди будут заданы вопросы о деталях совершенного им преступления. Обратите внимание группы, что другие участники должны распознать когнитивные искажения или пассивные утверждения и задавать конструктивные вопросы.

Покажите группе карту участника (раздаточный материал), подготовленную для системы-анализа, и объясните участникам, что означает каждая из категорий и как группа будет их рассматривать.

Образ жизни – детали жизни преступника, его взаимоотношений, ориентации (отношения к чему-либо), размышлений, которые привели его к преступлению. Распределите их по двум временным зонам:

- отдаленные – в течение 6 месяцев перед преступлением,
- непосредственные – в день преступления.

Поведение – что он делал, о чем думал и что чувствовал во время преступления.

Следствия – что он делал, о чем думал и что чувствовал, когда преступление уже свершилось. Следствия также должны быть распределены в двух временных зонах:

- непосредственные – в течение часа или двух после преступления (большинство этих последствий описываются как положительные в терминах эмоционального облегчения),
- отдаленные – более широкие последствия для преступника в отдаленный период времени, (большинство этих последствий описываются как негативные и могут быть обсуждены позже во время работы в Блоке 9).

В случае необходимости, поясняйте систему-анализа, описывая вымышленное преступление или используя двух помощников для ролевых игр.

3. «Горячий стул». Пригласите первым на «горячий стул» такого участника группы, который будет служить хорошим примером для других.

Чтобы стимулировать активное сообщение о преступлении, нужно задавать вопросы для расширения его краткого сообщения. Один ведущий делает записи в карте участника, используя формат системы-анализа, в то время как другой задает вопросы, чтобы вскрыть все попытки минимизации и когнитивные искажения участника в высказываниях «на горячем стуле» (Смотри заметки для ведущего). К концу этого процесса, по крайней мере, непосредственные детали образа жизни, поведения и непосредственные следствия должны быть полностью описаны, и осужденный должен говорить более «активным» способом о каждой из этих сфер. Этот процесс обычно занимает два сеанса на каждого участника группы.

Если в уголовном деле участника группы несколько преступлений (серия преступлений), то необходимо обсуждать больше, чем один случай. Иногда речь идет о серии преступлений против одного и того же потерпевшего. Это обычное явление, когда мы имеем дело с инцестом. В этих случаях важно проанализировать первое преступление, типичное преступление и наиболее серьезное преступление, если они существенно отличаются от других.

Если преступники совершили несколько преступлений против различных потерпевших (например, серийный насильник). Тогда нужно разбирать, по меньшей мере, два преступления (первое – из серии грабежей и разбоев, типичное преступление или, возможно, наиболее серьезное преступление). По некоторым преступлениям может быть собрано больше документов, чем по другим. В этих случаях лучше остановиться на тех преступлениях, которые лучше документированы.

Не следует анализировать больше, чем три преступления.

В конце каждой сессии обратите внимание на состояние участника «на горячем стуле». Ведущие и другие участники группы должны обращаться с ним благосклонно, замечать и поощрять прогресс, который он сделал.

Ведущие каждый раз по окончании сессии напоминают о правиле «сплетен», предусмотренном в контракте.

После завершения каждым участником активного сообщения, ему вручается копия его системы-анализа. Ему также рекомендуется доработать этот текст в период обсуждения преступлений других участников. Во время итоговой сессии они опять смогут оказаться на «горячем стуле» и добавить любую информацию к своему активному сообщению.

Заметки после сессии.

После каждого сеанса отмечайте, какие когнитивные искажения успешно оспаривались самим преступником, а какие – остались в системе его убеждений. Определяйте области, где информация отсутствовала, и планируйте, как вернуться к ним на следующей сессии.

Блок 5. Итоговая сессия

Добавление к сообщениям о преступлениях. Предложите каждому правонарушителю по очереди добавить что–либо к своему сообщению о собственном преступлении. Воспользуйтесь этой ситуацией, чтобы вернуться к когнитивным искажениям, которые продолжают оставаться в системе убеждений преступника.

Попросите каждого осужденного рассказать группе, как его сообщение о преступлении изменилось, начиная с Блока 4. Это даст им возможность повторно пережить свою работу и продемонстрировать изменение своего взгляда на преступление.

Ведущие должны использовать эту сессию для того, чтобы дать обратную связь каждому участнику группы о том, как они видят его прогресс и в каких областях он должен продолжать работу.

Домашнее задание.

Все участники пишут письмо своей жертве. Если жертв несколько, выберите самый серьезный случай. Если жертва погибла, то следует писать письмо родителям или семье жертвы.

Письмо должно быть запечатано и принесено на сессии Блока 5. Изначально нужно предупредить участников группы, что это упражнение и, что письма отправляться не будут.

Раздаточный материал: пассивное сообщение о преступлении.

1. Родители снова начали доставать меня, поэтому я пошел на улицу.
2. Мои знакомые, которых я встретил по пути, искали деньги на приобретение наркотиков.
3. Я знал, что у моего соседа есть видеокассеты, которые он мне мог дать посмотреть.
4. Я подумал, что ничего страшного не произойдет, если я их заложу в долг, а потом выкуплю. Он даже и не узнает, что я потратил с них деньги на наркотики.
5. Заложить кассеты не удалось, продавцу в ларьке они очень понравились, и она согласилась их только купить, но не давать денег в долг.
6. Сосед узнал об этом, пожаловался моим родителям и потребовал с них деньги.
7. Он сам виноват, что дал мне их, мог бы и не давать.

Раздаточный материал: активное сообщение о преступлении.

1. Моим родителям не нравилось, что ко мне заходят домой одни наркоманы, и я стал плохо учиться в техникуме. Мы поссорились, и я взорвался. Я знал, что в любом случае пойду на улицу, то есть буду делать то, что я хочу.
2. Я захотел отыграться и подумал: «Я вам покажу».
3. На улице я знал, что кого-нибудь встречу из «своих» и мы чем-нибудь развлечемся.
4. Мысленно я уже наметил вариант взять кассеты у соседа и либо заложить их, либо продать, смотря по обстоятельствам.
5. Я знал, что он об этом рано или поздно узнает, а деньги придется платить моим родным и снова будет скандал.
6. Я знал, что после этого я утрачу доверие окружающих людей.
7. Когда он пришел к родителям, я знал, что мне остается только оправдываться и врать, что у меня их украли.

Записки для ведущего: системы «ПОВЭПСС».

ПОВЭПСС – это аббревиатура, образованная соединением начальных букв нескольких слов: поведение, отношение, взаимоотношения, эмоции, познание (мысли), состояние (физический статус), сексуальность.

ПОВЭПСС - лучший способ получения всей необходимой информации. ПОВЭПСС также обеспечивает Вас формой, в рамках которой Вы можете задавать такие сложные вопросы, как: «У нас нет какого-то особого отношения именно к сексу. Не могли бы вы сообщить нам какие сексуальные мысли приходили вам в голову в период, предшествовавший преступлению?».

Компоненты ПОВЭПСС системы для осужденного:

- Поведение: его действия, описание его образа жизни и продвижения к преступлению. Что он делал в ходе преступления и сразу после него.
- Отношение, ориентация: его мировоззрение, то есть в целом взгляд на мир. Его мысли о жизни, любви, сексе, женщинах, детях взаимоотношениях с людьми и т.д. Речь идет, скорее, о глобальных идеях, чем об отдельных мыслях. Его убеждения относительно того, как все должно быть. Что является значимым, важным для него, а что для него не имеет никакого смысла.
- Взаимоотношения, связи: с кем у него были отношения. Как он оценивал отношения, какие мысли здесь потеряны. Какими он видел свои отношения с жертвой.
- Эмоции: как он себя чувствовал во время преступления. Его настроение и чувства, их интенсивность.

- Физический статус: какие-либо замечания относительно его физического состояния. Он находился в алкогольном или наркотическом опьянении? В какое время он почувствовал возбуждение?
- Познание, мысли: его мысли о своем преступлении. Слова или фразы, которые крутились в его голове.
- Сексуальные интересы: какие сексуальные действия он предпочитает, что он любил делать с партнерами, о каких действиях он мечтал в своих фантазиях. Сексуальные фетиши и навязчивые идеи. Каждая из этих областей должна быть исследована в трех временных интервалах: перед преступлением, во время него, сразу после него. Вы можете обратиться и к другим сторонам жизни преступника (например, установление его длительных по времени представлений, взглядов на отношения, сексуальные интересы в целом), но вначале убедитесь, что это уместно и необходимо в вашей общей работе.

Заметки для ведущих: разрушение способа размышления.

Сессии этого блока чрезвычайно напряжены и предъявляют высокие требования к участникам группы. То, о чем их будут спрашивать, очень тяжело для большинства из них. В ходе занятий у участников группы появится множество минимизаций и когнитивных искажений, чтобы оправдать свое преступление. Ведущим не нужно вступать в конфронтацию с преступниками. Они должны избегать обвинений участников группы, одновременно фрустрируя и расстраивая то, что те говорят. Ведущие всегда должны помнить, что их цель состоит в том, чтобы изменить способ мышления участников группы, а не заставить просто говорить об этом по-другому.

Техника задавания вопросов.

Вместо того, чтобы вступать в конфронтацию по поводу искажений, ведущий должен использовать технику задавания вопросов, которая помогает раскрывать детали события, позволяет преступнику самому видеть менее искаженную панораму событий. Будьте внимательны, чтобы не вложить свои собственные слова в уста участника группы. Избегайте фраз типа: «Не думаете ли Вы, что ...». Используйте открытые вопросы вместо закрытых. Задавайте вопросы по деталям преступления, которые вскрывают общий контекст преступления и побуждают участника к размышлениям. Например: «Какие еще могут быть причины того, что он все время молчал?».

Если участник группы «замыкается», а Вы не способны изменить его взгляды (когнитивные искажение), переходите к другой сфере, но предупредите, что Вы вернетесь к этой проблеме позже. Предоставьте участнику группы свободу, чтобы он мог подумать о своей проблемной зоне и отрегулировать собственную позицию, возможно, в период между двумя сессиями. Избегайте аргументов, оценочных суждений и чего-нибудь еще, что может заставить преступника защищаться. Это только укрепляет его в своей позиции.

Поддержка.

Поддерживайте устремленность участника группы в сторону активного сообщения. Даже когда прогресс очень незначительный, найдите что-нибудь в его поведении, что достойно похвалы. Например: «Все мы понимаем, что это очень трудно для Вас, но хорошо, что Вы ...». Вовремя оказанная поддержка – ваш наиболее мощный инструмент изменения поведения преступника.

Блок 6. Сочувствие жертве (эмпатия). Использование письменных сообщений

ЦЕЛИ:

- подвести преступников к положению, когда они начали бы думать о преступлении с точки зрения жертвы;
- установить когнитивные искажения, которые они используют, чтобы защитить себя от мыслей о причинении вреда жертвам;
- привести преступников к пониманию важности в предотвращении рецидива их способности видеть ситуацию глазами жертвы и чувствовать то, что может чувствовать жертва.

МЕТОДИКА

1. Соберите выполненное домашнее задание. Письма к жертвам, подготовленные заранее (домашняя работа), должны быть собраны в начале сессии.

2. Вводная беседа. Ведущий объясняет, что эти сессии очень важны для преступников в возможности получения контроля над своим поведением. Ведущий подчеркивает, что цель этих сессий по эмпатии состоит в том, чтобы помочь участникам осознать, как их поведение видится потерпевшим, и прочувствовать, почему они должны вести себя по-другому. Это чувство, что именно плохо в их поведении, и эмпатия (сочувствие с другими, в том числе и с жертвами), помогут им контролировать свои побуждения и избегать преступного поведения.

Многие побуждения могут быть уменьшены через сопереживание с потерпевшим. А это, в свою очередь, помогает противостоять искушению.

3. Сообщения. Группе выдаются письменные сообщения для чтения во время сессии. Выберите письменные сообщения из предложенных, или которые вы сами сможете найти, наилучшим образом отвечающие потребностям Вашей группы. Представляйте сообщения по одному и выделяйте время для участников группы, чтобы прочитать их, или попросите одного участника читать вслух.

Для каждого сообщения:

Заполнить таблицу: Направления психологического и иного вреда как в ближайший период, так и в отдаленный с точки зрения жертвы, период после преступления (попросите группу выделить для каждого эффекта краткосрочные и долгосрочные последствия).

Варианты ответов:

- чувство бессилия;
- долгое время преследующие страхи;
- потеря самоуважения;
- негативные проявления в отношениях с другими людьми – гнев и т.п.;
- нарушения сексуальности;
- депрессии, причинение вреда самому себе (суицид);
- для детей – раннее сексуальное развитие, для подростков – промискуитет;
- нарушение отношений со взрослыми.

Дискуссия: Как могут участники группы увидеть связь между каждым сообщением и их собственным преступлением? (Вам нужно быть уверенными, что каждый участник группы принимает участие в обсуждении).

Если во время обсуждения опять проявляются когнитивные искажения, предлагайте группе их выделить и раскрыть, как это делалось на сессиях пятого блока.

Заметки после сессии.

Ведущие должны прочитать письмо каждого участника группы к потерпевшему и отметить все случаи дефицита сочувствия, которые стали очевидными для них. Эту информацию можно использовать для направления обсуждения в течение сессий на сочувствие потерпевшим и для планирования ролевых игр.

Блок 7. Сочувствие жертве (эмпатия). Использование видеоматериалов

ЦЕЛИ:

- углубить понимание участниками группы переживаний потерпевшего;
- развивать понимание роли страха, бессилия и беспомощности в переживаниях жертвы;
- разъяснить, почему потерпевшие иногда не сообщают о преступлении против них (объяснить последствия для потерпевшего сообщения о преступлении или сохранения тайны);
- исследовать переживания потерпевшего.

МЕТОДИКА

1. Использование видеоматериалов. Участникам группы показывают два видеосюжета (по одному во время каждой сессии). После просмотра видеосюжета участников группы просят осветить

весь диапазон переживаний, которые испытывают близкие алкоголика и наркомана или потерпевшие. Для каждого из этих переживаний осветить краткосрочные и долгосрочные последствия для жертвы (он пьет или колется, он угрожает родителям, жене, он просит денег на наркотики, мать плачет и просит остановиться, а он игнорирует ее просьбу и убегает из дома и т.п.).

Ведущие просят дополнить список переживаний жертвы. Этот процесс должен затем быть повторен для второго видеосюжета на следующей сессии.

2. Домашняя работа. Каждый участник группы должен приготовить письменное сообщение о своем самом тяжком преступлении, с точки зрения потерпевшего. Это не должно быть письмо от имени потерпевшего. Это должен быть рассказ о том, что случилось и что потерпевший думал и чувствовал, написанное от первого лица, как будто потерпевший писал это в ходе преступления).

Заметки после сессии.

Ведущие должны прочитать сообщение каждого участника группы и отметить все случаи дефицита сочувствия, которые стали очевидными для них. Эту информацию можно использовать для направления обсуждения в течение сессий на сочувствие потерпевшим и для планирования ролевых игр.

Блок 8. Рассказы жертв

ЦЕЛИ:

- научить участников группы применять то, чему они научились по отношению к своим жертвам;
- помочь участникам группы продвигаться от общего понимания реакций потерпевшего к тому, чтобы видеть происходящее глазами жертвы;
- учить выделять детали преступления, которые будут использованы в ролевых играх.

МЕТОДИКА:

1. Вернуть домашнее задание. Домашняя работа должна быть возвращена в начале сеанса.

2. Интервью от имени жертвы. Каждый участник группы по очереди описывает свое самое тяжкое преступление с точки зрения потерпевшего. Они должны не читать, а рассказывать от первого лица («Меня зовут Клара. Я ...»). Чтобы помочь им, ведущие и другие участники группы задают вопросы, как будто они интервьюируют жертву.

Интервью должно охватывать следующие моменты:

Как все начиналось, развивалось.

Как преступник манипулировал Вами в ходе преступления.

Что с Вами происходит теперь.

Примерные вопросы:

Как Вы познакомились или встретились с преступником?

Что он говорил Вам, когда ...?

Что Вы говорили (делали), когда ... ?

Как Вы себя чувствовали, когда он ....?

Что бы Вы хотели сказать ему теперь?

О чем бы Вы хотели спросить его?

3. Опрос участника после интервью. Попросите участника описать, как он чувствовал себя в роли потерпевшего? Есть ли что-нибудь, на что он теперь смотрит другими глазами? Есть ли что-нибудь в его новом опыте, что удивило его? Чему он научился?

Заметки после сессии.

Опишите, как каждый участник показал себя в этом упражнении. Был ли дефицит сочувствия (он искажал сообщения или оправдывал преступника). Если так, то это необходимо запланировать для включения в следующий блок. Были ли какие-нибудь примеры растущего сочувствия (например, он говорил о том, о чем не говорил в описании своего преступления)? Объяснил ли он что-нибудь, что не смог объяснить перед этим (например, поведение жертвы)?

Что преступник говорил в сообщении после упражнения? Чему он научился в упражнении (с его слов)? Демонстрировал ли он признаки эмоций в процессе выполнения упражнения? Если «да», то в каком месте? Как Вы думаете, что это были за чувства (эмпатия или жалость к себе)?

Блок 9. Проигрывание роли потерпевшего

ЦЕЛИ:

- побуждать участников группы к развитию понимания эмоциональных переживаний их потерпевших, в краткосрочной и долгосрочной перспективе;
- добавить к этому осознание опыта физических переживаний жертвы;
- закрепить у каждого участника группы воспоминания об опыте их потерпевшего, которые должны сдерживать отклонения в фантазировании на тему наркотиков и предупреждать дальнейший рецидив.

МЕТОДИКА:

Планируйте на каждого участника группы по одной сессии, которая должна быть спланирована таким образом, чтобы он имел возможность проиграть и осознать опыт потерпевшего в различных ситуациях. Предлагайте другим участникам группы и ведущим, если потребуется, выступить в других ролях.

1. Упражнение «ледокол». Разделите участников группы на пары (один – игрок А, другой – игрок В). Попросите игрока А рассказать игроку В о своих опасениях, неприятных и отрицательных чувствах относительно участия в ролевой игре по собственным преступлениям. Дайте две минуты на выполнение этого упражнения, потом предложите поменяться ролями. Теперь В пусть расскажет А.

Затем повторите упражнение, но попросите их говорить о позитивных причинах участия в ролевых играх. Объясните, как данное упражнение поможет участникам группы.

Верните группу в круг и выслушайте все положительные и отрицательные мнения.

2. Ролевые игры на краткосрочные и долгосрочные последствия насилия. Для каждого осужденного ведущие разрабатывают два или три сценария ролевых игр, в которых он может выступать в роли потерпевшего или его близких в разных ситуациях, при этом любая ролевая игра должна достигать определенной цели (при планировании игры просмотреть записки ведущих по поводу дефицита сочувствия каждого участника). Используйте для каждого участника различные методы: пребывание на «горячем стуле», исполнение роли и размышление о роли.

3. Введение участника в роль. Очень важно работать с каждым участником группы, чтобы ввести его в роль, расспросив детально о жертве: одежда, волосы, распорядок дня, семья, друзья, интересы и т.д. Только когда осужденный начнет отвечать спонтанно от первого лица (как потерпевший или тот, чью роль он играет), Вы можете начинать игру.

Вот некоторые вопросы, которые целесообразно задавать на этом этапе:

Как Вас зовут?

Сколько Вам лет?

Какого цвета Ваши волосы (глаза)?

Пользуетесь ли Вы косметикой? Носите ли Вы драгоценности? Если да, опишите.

Курите ли Вы?

Что на Вас сейчас одето?

Где Вы работаете (учитесь)?

Как долго Вы работаете (учитесь) там? Что Вам нравится или не нравится там? Кто Вам нравится или не нравится там? Почему?

Что Вы собираетесь или хотите достичь в жизни?

Как долго Вы знали преступника?

Какие отношения были между Вами?

Есть ли у Вас хобби? Опишите подробно. Что Вам нравится в нем?

4. Введение в действие. Каждый участник группы должен проиграть свое самое тяжкое преступление. Вначале ведущие вводят в действие ролевой игры и предлагают: одному участнику сыграть самого себя (т.е. преступника), а на роль жертвы и другие роли назначаются остальные участники группы. Затем игра повторяется, только теперь он выступает в роли жертвы, а кто-то играет роль преступника. Лучше, если роли преступников во втором случае будут играть ведущие.

Размышление как метод, использующийся в процессе введения в игру, позволяет преступнику вербализовать свои мысли и чувства, и, следовательно, помогает ведущим определить степень развития эмпатии.

5. Выход из роли. После того, как сценарий проигран, ведущие должны вернуть «актеров» назад в состояние «здесь и сейчас», спрашивая их, где они находятся, какие планы у них на этот день и т.п. Если преступник глубоко вошел в роль или играл несколько ролей, ведущий может использовать более сильные процедуры вывода из роли. Например: Закройте ваши глаза и представьте, что каждый человек, которого Вы играли сегодня, уходит от Вас. Вы можете видеть, как уходят (далее следует список имен людей, которых он играл). Теперь вы видите, как они сворачивают за угол и Вы остаетесь один. Теперь откройтесь ваши глаза, и сообщите мне, кто Вы в реальности...

6. Обсуждение. По окончании каждой ролевой игры ведущие задают вопросы участнику, чтобы помочь ему интегрировать опыт участия в игре и подчеркнуть его новое понимание ситуации.

Примерные вопросы:

Какие чувства Вы испытывали в ходе ролевой игры?

В какой части тела сконцентрированы эти чувства? Как Вы их ощущали?

С какими неожиданными для вас чувствами Вы столкнулись?

Что Вы поняли о поведении жертвы и почему?

Какая часть ролевой игры повлияла на Вас больше всего? Почему?

Что изменилось в Вашем представлении о Вашем преступлении сейчас?

Руководство для ведущего по проведению ролевых игр:

1. Цель ролевой игры состоит в том, чтобы развить у преступника сочувствие к потерпевшему. Перед планированием или проведением игры убедитесь, что эта цель достаточно четко определена. Не следует использовать ролевые игры в блоке 9 для достижения каких-либо иных целей.

2. Никакого физического контакта. Исключение: если психолог говорит, что он нужен или если этот вопрос согласован заранее. Ролевой игрой легче управлять, если участники не имеют физического контакта друг с другом. Если Вы чувствуете, что физический контакт значительно расширил бы ценность ролевой игры, получите на это согласие всех участников.

3. Никакого физического насилия. Любые формы физического насилия в ролевых играх запрещены.

4. Если ведущий говорит «СТОП», действие прекращается. Это должно быть известно всем участникам заранее. Ведущий может остановить ролевую игру в следующих случаях:

- для «размышлений» о том, что чувствует участник в этой точке развития событий;
- когда участники теряются и не могут найти способ развития сочувствия;
- когда ролевая игра выходит из-под контроля (управления);
- если участники или зрители смеются;
- когда цель ролевой игры достигнута;
- если цель ролевой игры не достигается;
- если развитие событий в игре несовместимо с развитием сочувствия;

Ведущий должен использовать прием «СТОП» регулярно, чтобы показать осужденным, что он контролирует ситуацию и чтобы самому убедиться в этом.

5. «Вне игры»: право каждого участника остановить игру. Данное право является средством, при помощи которого любой участник может останавливать ролевую игру на время. Это не прекращение действия, а лишь остановка на минуту или две, которую ведущие могут использовать для постановки вопросов или для разъяснений.

6. Использование декораций. Декорации помогают воссоздать реалистическую картину события. Однако необходимо тщательно отбирать их, использовать вместо оружия резиновые копии.

7. Вовлекайте в действие по возможности всю группу. Проигрывание своего преступления требует много мужества, и преступник может сделать это только при поддержке группы. Даже если участники группы не задействованы в сцене, они должны проявлять активность, наблюдая и задавая вопросы. Например, в момент остановки игры группа может расспрашивать участников об их опыте. Точно так же целая группа должна принимать участие в расспросе после завершения каждой игры.

8. Всегда выводите из роли. По окончании каждой ролевой игры участники должны быть выведены из роли.

9. Всегда обсуждайте итоги игры. Опрос мнений и обсуждение итогов игры позволяет участнику лучше запомнить и осознать свой опыт. Следующие вопросы помогут преступнику интегрировать свой опыт:

Расскажите, как вы себя чувствовали в ходе ролевой игры.

(После ответа) Расскажите, а что это значит?

Какой новый взгляд на свое преступление появился у Вас в ходе игры?

Что удивило Вас, когда Вы входили в роль ...?

Заметили ли Вы, что Вы говорите или думаете так, как не ожидали от себя?

Не могли бы Вы описать как вы себя чувствовали? Как Вы чувствуете себя сейчас?

Не затягивая опрос, старайтесь уложиться в отведенное для него время. Вовлекайте в обсуждение всех участников.

10. Использование ведущих в качестве актеров. Ведущий, который непосредственно участвует в действии, приобретает богатый опыт. Однако он должен выбирать лишь те роли, которые не повредят его положению в группе. Участие в ролевой игре помогает ведущим лучше осуществлять контроль за ходом игры.

11. «Контроль смеха» в группе. Участники обычно опасаются, что ролевая игра вызовет смех в группе. Следовательно, особенно важно, чтобы ведущие определили свое отношение к смеху в группе. Это лучше всего сделать перед первой ролевой игрой. Объясните участникам группы, что почувствовав желание засмеяться, он должен вспомнить, насколько это будет болезненно для главного участника, и постараться сдержать смех.

12. Наблюдение за групповыми процессами. Строго рекомендуется, чтобы в каждой ролевой игре присутствовали трое ведущих. Один из которых руководит игрой, другой – принимает в ней участие, третий – наблюдает за реакцией всех участников группы. Один из ведущих одновременно отвечает за процесс задавания вопросов.

13. Подготовка, подготовка, подготовка. Чрезвычайно важна тщательная подготовка каждой ролевой игры. Вы не сможете управлять ролевой игрой, если она не будет тщательно подготовлена. Точно так же любой «актер» не может отклоняться от своей роли. Если ведущий внезапно придумал что-либо новое, он должен остановить игру и обсудить это с другими ведущими. Планирование должно охватывать:

- цель ролевой игры;
- сценарий;
- техники, которые нужно использовать;
- потенциальные ловушки и как их можно будет избежать;
- роли каждого ведущего;
- введение участников в роль;
- вывод участников из роли;
- порядок обсуждения.

Рекомендации для ведущего: методика проведения ролевых игр

1. «Горячий стул». «Главному актеру» (осужденному) задаются вопросы, на которые он отвечает от имени другого лица (жертвы). Например, если бы правонарушитель играл роль матери своего потерпевшего, можно было бы спросить: «Как вы одеты? Сколько Вам лет? Сколько у Вас детей?».

Он должен отвечать от первого лица: «Мне 60 лет. У меня трое детей. Я одет в...».

Не допускайте ответов в третьем лице: «Ее матери 60 лет. У нее трое детей. Она одета в ...».

2. «Размышления». Ведущие должны периодически «замораживать»действие, чтобы совместно с группой обсудить мысли и чувства участника. Воспользуйтесь правом «СТОП», чтобы остановить игру и спросить участника: «О чем Вы сейчас думаете? Что Вы чувствуете сейчас?"

Это помогает ему понять опыт потерпевшего, позволяет ему вербализовать свой опыт.

3. «Дублеры». Эта техника предполагает участие ведущих в игре. Выберите одного или двух человек (участников группы или ведущих), которые будут в ролевой игре помогать актерам, стоять за их спинами, выступая как дополнительные голоса. В любой момент они могут положить руки на плечи актера и добавить свои собственные слова. Затем основные актеры продолжат игру.

Рекомендации для ведущего: планирование ролевых игр

Первый этап. Накапливайте информацию о дефиците сочувствия у каждого осужденного. Обратитесь к комментариям, которые он, возможно, сделал относительно своего потерпевшего в Блоке 4 и других блоках, поскольку они указывают на недостаток эмпатии. Также используйте его письмо к потерпевшему и интервью от лица потерпевшего. Анализируя эту информацию, составьте список областей, где правонарушитель не представляет возможных психологических последствий для потерпевшего или минимизирует причиненный ему вред.

Например:

Он думает, что если бы были последствия, они проявились бы у нее уже до суда.

Он говорит, что в суде они не выглядели расстроенными.

Второй этап. Определите в каждой из этих областей цели ролевой игры для участника.

Например:

Он должен понять вероятные отсроченные психологические последствия.

Он должен поставить себя на их место в суде и понять, как им было трудно прийти туда, как тяжело было справиться с ситуацией.

Он должен понять, почему ребенок не мог или не сказал «нет».

Третий этап. Отдельно для каждой цели продумайте сценарий, в котором она могла бы реализоваться.

Например:

Сыграйте потерпевшую десять лет спустя, когда она случайно увидела Вас на улице.

Сыграйте потерпевшего, готовящегося идти в суд, или во время суда.

Четвертый этап. Обсудите возможные препятствия в проведении ролевой игры, поскольку что-то может пойти не так, как вы ожидаете.

Например:

Не сыграет ли преступник потерпевшую как не имеющую проблем в долгосрочной перспективе? Не станут ли осужденные, играя роль потерпевшего, говорить о преступнике ровным, спокойным голосом?

Пятый этап. Обсудите, как Вы можете избежать этих опасностей. Обычно – включив в число актеров ведущих или «осознавших вину» членов группы. Необходимо продумать проблемы. Которые могут возникнуть для всех этапов работы и наметить других участников в качестве дублеров.

Шестой этап. Приготовьте план ролевой игры для каждого участника группы в письменной форме:

- цель;
- сценарий (что делать);
- игроки;

- методы;
- ответственность ведущего.

Блок 10. Итоговая Сессия

ЦЕЛИ:

- установить, что было усвоено каждым участником группы в ходе занятий, посвященных сочувствию потерпевшему;
- определить уровень эмпатии к потерпевшему у каждого участника группы.

МЕТОДИКА:

1. Обсуждение. Выясните, что потерпевшие, основываясь на опыте предшествующих сессий, хотели бы прочитать в письме с извинениями преступника.

Ведущие приводят группу к следующим ответам:

- заявление, что преступник принимает на себя ответственность за само преступление и его последствия (психологические и физические);
- утверждение, что потерпевший не был ни в чем виноват;
- извинение без ожидания прощения;
- утверждение о том, что осужденный осознал свою вину и намерен изменить свое поведение;
- утверждение (в случаях преступления над детьми), что мать не была виновата в том, что правонарушитель «усыпил ее бдительность» по защите ребенка, и как он сделал это;
- заявление о том, как преступник добился, чтобы жертва молчала.

2. Пересмотр писем с извинениями потерпевшему. Попросите по очереди каждого участника группы прочитать письмо к потерпевшему, которое он написал после Блока 4. Поинтересуйтесь у него, что он теперь изменил бы в письме в результате работы, которую он выполнял в Блоках 5-8. Если участник группы затрудняется, помогите ему сами и помощь других участников.

Заметки после сессии.

Записывайте любые дефициты сочувствия, оставшиеся у каждого преступника, и те области, в которых они остались.

Блок 11. Последствия преступления

ЦЕЛИ:

- подвести участников группы к пониманию того, что их мотивы совершения преступления гораздо глубже, чем просто желание получить удовольствие любой ценой, в том числе и сексуальное удовлетворение;
- подвести участников группы к пониманию того, что потерь от преступления всегда больше, чем выигрышей;
- подвести участников группы к пониманию того, что решение совершить преступление часто возникает потому, что они обращали внимание на краткосрочные выигрыши и игнорировали расплату, которая возникает в долгосрочной перспективе;
- подвести участников группы к осознанию того, что чем ближе они будут к преступлению, тем трудней им будет противостоять.

МЕТОДИКА:

1. Таблица затрат и выигрышей. Ведущие должны вывесить «Таблицу выигрышей и затрат» на доске и объяснить группе, что такой способ помогает рассмотреть последствия любого решения. Они должны прокомментировать это утверждение и вовлечь группу в «мозговой штурм» по поводу долгосрочных и краткосрочных последствий минимум двух ситуаций.

Например:

- съесть кусок шоколадного торта, когда пытаешься соблюдать диету;
- употребление спиртных напитков;
- курение сигарет в не положенном месте;
- управление автомобилем в алкогольном опьянении.

После того, как вся группа выполнит задание, разделите ее на две подгруппы и дайте точно такое же задание. Это даст возможность обучить участников самостоятельно мыслить и одновременно проверить, все ли члены группы усвоили идею краткосрочных и долгосрочных последствий.

2. Проблема непосредственного выигрыша. Ведущий подчеркивает, что люди часто совершают действия, затраты на которые превышают выигрыши. Задайте группе вопрос: «Почему, как Вы думаете, люди часто совершают действия, затраты на которые превышают выигрыши?».

Группа должна прийти к выводу, что неверные решения обычно возникают тогда, когда обращается внимание на краткосрочную прибыль и игнорируются долгосрочные последствия. Ведущие называют это «Проблемой непосредственного выигрыша» (ПНВ). Полезно использовать некоторую яркую (живую) визуальную метафору, чтобы пояснять энергию ПНВ.

3. Применение таблицы затрат и выигрышей к преступлению, связанного с наркотиками. Ведущие подводят участников группы к коллективному генерированию краткосрочных и долгосрочных последствий (затраты и выигрыши) преступлений. Совместно обсуждается, является ли каждая идея действительно последствием.

Ведущие должны добиваться того, чтобы негативные долгосрочные последствия преступления значительно превышали прибыль, но избегать при этом манипуляции участниками группы. Это требует четкости и тонкости в работе. Ведущие должны побуждать группу критически проанализировать прибыль от преступления.

4. «Кажущиеся невзаимосвязанными решения» и ПНВ. Ведущий напоминает группе теорию «Кажущихся невзаимосвязанными решений» и спрашивает, что они думают, не затрудняет ли она еще больше избегание ПНВ.

5. Домашняя работа. Каждому участнику выдается таблица выигрышей и затрат, которую они дома должны заполнить по собственным преступлениям. В ней можно отметить звездочкой свои размышления во время совершения преступления и галочкой – свои размышления об этом сейчас. Им нужно заполнить части таблицы, которые предусматривают позитивные последствия. Также необходимо указать в таблице, что было бы, если бы они не совершили преступление (тот же бланк). Можно вызвать участников группы на соревнование: кто осознает и запишет большее число отрицательных последствий своего преступления.

Заметки после сессии.

Ведущие должны записать, какой, с точки зрения преступника, мотив для совершения преступления был главным. Они отмечают также, пытался ли он аргументировать, что у его преступления был долгосрочный выигрыш, усвоил ли он идеи теории «проблемы немедленного удовлетворения».

Важно указать, что преступники понимают, насколько трудно противостоять идее немедленного удовлетворения, что она приводит к сложному эмоциональному состоянию (возбуждению). Насколько хорошо каждый участник группы понимает это? Делайте запись любых утверждений, сделанных участниками группы, которые кажутся Вам важными.

Раздаточный материал: таблица выигрышей и затрат от преступления.

Пожалуйста, внесите в таблицу как можно больше положительных последствий (выигрышей или преимуществ) от Вашего преступления, при этом определяя, было ли это краткосрочным выигрышем (происходящим немедленно после преступления) или долгосрочным выигрышем (то есть тем, что длится начиная с преступления и до настоящего времени). Также внесите в список негативных последствий (затраты или недостатки) от Вашего преступления (например, оскорбление) и впишите их в отрицательные колонки, обдумывая, были ли это краткосрочные или долгосрочные последствия.

Позитивные последствия (выигрыши).

Негативные последствия (затраты).

Краткосрочные последствия.

Долгосрочные последствия.

Если бы Вы не совершили преступления.

Пожалуйста, внесите в список как можно больше положительных последствий (выигрышей, прибыли или преимуществ) того, что Вы не совершили бы преступление в краткосрочной и долгосрочной перспективе. Также отметьте негативные последствия того, что Вы не совершили бы свое преступление.

Позитивные последствия (выигрыши).

Негативные последствия (затраты).

Краткосрочные последствия.

Долгосрочные последствия.

Блок 12. Цепи решений (последовательность решений)

ЦЕЛИ:

- научить участников группы использовать «Цепь решений», чтобы представлять последовательность решений, которые привели к преступлению;
- подвести участников группы к пониманию связи между ситуациями, мыслями, поведенческими чувствами и актами, особенно перед совершением преступления;
- подвести участников группы к осознанию того, что во многих значительных пунктах перед своим преступлением они принимали решения, которые подталкивали их к преступлению;
- научить участников группы видеть альтернативные интерпретации ситуаций, которые вели бы к другим решениям и, таким образом, к отказу от преступления.

МЕТОДИКА:

1. Соберите домашнюю работу. Ведущие должны просмотреть у участников группы выполненную домашнюю работу «таблицы выигрышей и затрат» и кратко обсудить, чтобы поддержать их. Ведущим еще раз необходимо напомнить, какие формы поведения (принятия решения) ведут к:

- совершению преступлений;
- отказу от преступления.

Затем объявите, что следующая часть программы занятий поможет им в этом разобраться.

2. Объясните связь между ситуацией, мыслями и поведением. Один из ведущих объясняет, что каждое РЕШЕНИЕ предполагает три элемента:

- ситуацию;
- мысли (что преступник говорил себе о ситуации, включая его интерпретации этой ситуации);
- поведение (что преступник делал, следуя ходу своих мыслей).

Ведущий должен подчеркнуть, что возникновению новых ситуаций способствует поведение преступника, которое он затем интерпретирует так, что мы все время имеем «Цепь решений»: ситуация – мысли – поведение.

Приведите пример, не связанный с преступлением. Вы один дома ночью и проснулись от шума. Что Вы подумали бы об этом шуме, что это было? В ходе обсуждения ведущие выслушивают предположения участников группы и ранжируют их. Необходимо учитывать все ответы всех участников.

Ответы могут быть следующие:

- это кошка;
- это мой партнер, который поздно возвращается домой;
- это грабитель;
- это ветер;
- это шум в системе центрального отопления.

Затем спросите каждого участника группы, что он делал бы в своем случае интерпретации шума? Например:

- тот, кто подумал, что это кошка, может продолжать спать;
- тот, кто подумал, что это грабитель, может звонить в милицию, или искать оружие, или...

Если участники, предложившие одинаковую интерпретацию, дали разные ответы по формам поведения, спросите их, почему. Попытайтесь установить, что разница в поведении зависела от

небольшой, но разницы в интерпретации ситуации с самого начала. Спросите участников группы: «Как это упражнение помогает понять причины того, что разные люди ведут себя по-разному в одинаковых ситуациях?» Поддерживайте обсуждение до тех пор, пока участники не придут к выводу, что люди ведут себя по-разному, потому что они по-разному интерпретируют ситуацию.

3. Введение в теорию «Цепей решений». Ведущие раздают каждому участнику группы копию «Пример кражи, грабежа, изнасилования – 1» и Карты решений с подготовленной «цепью решений» для него. Ведущие комментируют каждый этап «цепи решений» и объясняют, как мысли приводят к поступкам, а те, в свою очередь, создают новые ситуации.

Затем ведущие вручают участникам копии «Пример кражи, грабежа, изнасилования – 2» и Карты решений с незаполненными «цепями решений» для него. Они поясняют, как заполнить первые два или три решения (ситуация – мысль – поведение). Все участники записывают их в свои карты. Потом группа коллективно обсуждает, что делать дальше.

4. Иллюстративное упражнение по преступлению против детей и женщин. Ведущие предлагают первый пример по преступлению против детей с полным описанием и заполненной картой цепей решений. Они учат группу находить ключевые моменты в описании.

Второй пример группа прорабатывает коллективно.

5. Домашняя работа. Ведущие просят участников группы составить цепь событий, которые привели их к преступлению. Задание нужно выполнить в форме цепей решений. Участники ориентируются на список из 8-12 событий.

Блок 13. Индивидуальные цепи решений

ЦЕЛИ:

- каждый участник группы конструирует последовательную цепь решений, которые привели его к преступлению;
- каждый участник группы изменяет свою цепь решений, используя обратную связь с группой.

МЕТОДИКА:

Ведущие должны подготовить комнату для занятий. Проведя по середине комнаты линию, один конец которой упирается в объект, символизирующий преступление (например, свинья), ведущий рисует на ней, используя специальную ленту, цепь решений.

Выбрав наиболее подходящего участника, ведущий просит его встать на начало линии и проделать путь к своему преступлению. Он объясняет, что каждый шаг, сделанный по этой линии, есть одно решение, которое ведет его к преступлению.

Спросите участника, где начинается цепочка его решений, ведущих к преступлению. Затем выясните, какие мысли у него возникли в этой ситуации, как он интерпретировал ситуацию, что он говорил себе. Когда вы выявите мысли, узнайте, к каким действиям они его привели. Запишите это все на ленте. Если его мысли напрямую не связаны с последующим поведением, поинтересуйтесь тогда, почему он так себя вел.

Предложив участнику сделать несколько шагов по линии (8-10), разберите каждый шаг (ситуация, мысли, поведение) на пути к преступлению, пока он не дойдет до конца линии.

Затем попросите его вернуться в начало и двигаться по линии, в то время когда ведущий зачитывает его цепочку решений. Он должен только описывать, как чувствовал себя в каждой из указанных точек, а ведущий фиксирует это на ленте. Заставьте участника обозначить точку на ленте, когда ситуация затянула его (это точка повышенного риска). Попросите других участников группы рассказать, как менялось его настроение в течение цепи решений. Они должны будут заметить, что в начале настроение негативное, но постепенно оно становится более позитивным.

В ходе упражнения побуждайте других участников группы задавать вопросы, делать предположения, находить ошибки и неточности в оценке ситуации.

Упражнение выполняют все члены группы.

Домашняя работа.

Каждый участник группы получает распечатку своей цепочки решений. Ему предлагается подумать и предложить как минимум две альтернативы мыслям и поведению, которые помогли бы избежать преступления.

Блок 14. Индивидуальные альтернативы

ЦЕЛИ:

- разработать реалистические альтернативные Мысли и Поведение для каждого решения в цепи решений осужденных, которые могут отвести его от совершения преступления;
- развитие у участников группы навыков оценки реальности подобной альтернативы и ее способности отвести преступление.

МЕТОДИКА:

Один из участников группы представляет свои альтернативные решения в цепи решений. Группа задает ему вопросы для того, чтобы оценить ее в терминах РЕАЛИЗМА, то есть: (а) насколько легко он действительно мог делать это (или думать об этом) и (б) насколько это решение эффективно, чтобы отвести его от преступления. Группа предупреждается об огромной силе, которой обладает существующая цепочка решений. Попросите их обсудить возможность противостояния сложившейся цепочке решений.

Группа поддерживается в нахождении лучших альтернатив.

Этот процесс повторяется для всех участников группы.

Домашняя работа.

Участники группы, которые еще не заявили о своих альтернативах, готовят их к следующему занятию. Все подобные записи собираются ведущими и используются для планирования следующих занятий.

Участники, которые уже представили свои альтернативы, совершенствуют их с учетом предложений группы.

В конце занятий этого блока все участники группы должны четко представлять, что они должны изменить в своих цепочках решений. Это нужно для работы на занятиях следующего блока.

Рекомендации для ведущего: альтернативы в цепочках решений

Альтернативные интерпретации ситуации. Преступнику рекомендуется думать о других причинах поведения людей. Почему они вели себя так? Почему возникла такая ситуация? Все возможные интерпретации должны быть учтены и внесены в список. Это нацеливает его думать гибко, а не следовать своим первым предположениям.

Идентификация повышенного риска. Например: «Я чувствую тягу (влечение) к наркотику или алкоголю и поэтому должен действовать так, чтобы снизить риск возможного рецидива или преступления».

Поиск причины не совершать преступление. Преступник должен найти причины для отказа от преступления и включить их в свои альтернативы. Например: «Если я поступлю так, то причиню большой вред этому ребенку».

Напоминание себе, что нужно держать себя в руках и контролировать свое поведение. Преступник должен напоминать себе, что он может управлять своим поведением. Например: «Даже если я чувствую, что теряю контроль над собой, я всегда могу его восстановить».

Выбор помогающей стратегии. Например: «Я начинаю чувствовать, что ситуация меня затягивает. Лучше всего уйти отсюда».

Похвала себе. Это один из наиболее важных методов, которым преступник может воспользоваться, чтобы найти позитивную причину не совершать преступление. Например: «Даже если у меня есть желание совершить преступление, я, как достойный человек, не хочу причинять вред никому. У меня есть силы противостоять своему побуждению».

Блок 15. Факторы риска

ЦЕЛИ:

- дать определение понятию «факторы риска»;
- объяснить типовое различие факторов риска;
- научить выявлять факторы риска в цепочках решений.

МЕТОДИКА:

1. Обсуждение: Всегда ли у меня одна и та же цепь решений. Спросите группу, всегда ли они думают, что каждый человек всякий раз, когда совершает преступление, следует одной и той же «цепи решений». Ведите обсуждение к заключению, что лицо, совершающее преступление, обычно следует определенному поведенческому паттерну, хотя детали могут и отличаться. Скажите: «В ходе следующих сеансов мы поможем Вам распознавать Ваш преступный паттерн и разрушать его, как только Вы его осознаете».

2. Объясните группе идею факторов риска. Начните так: «Ключ к осознанию Вашего преступного паттерна находится в понимании идеи факторов риска". Объясните, что фактор риска – это ситуация, мысли, поведение и чувства, которые ведут к преступлению. Подчеркните, что работа, которую группа выполнила на занятиях, посвященных цепям решений, должна помочь им быстрее усвоить идею факторов риска.

3. Ситуации высокого риска. Скажите: «Давайте более пристально рассмотрим каждый фактор риска». Объясните, что ситуации высокого риска – это ситуации, которые легко позволяют продвигаться к преступлению и не дают останавливаться на этом пути. Обычно в ситуации высокого риска есть искушение вести себя таким образом, что с большой долей вероятности приводит к преступлению. Ситуации, в которые вы попали непосредственно перед преступлением, типичные примеры ситуаций высокого риска. Однако к ним можно отнести также и другие более ранние ситуации в цепи решений.

Например, преступный паттерн обычно предполагает ссору с женой, уход из дома, выпивку в баре, находящемся на большом расстоянии от дома, позднее возвращение домой на автобусе и привлекательные женщины на улице, которые тоже вечером возвращаются домой одни. Здесь несколько ситуаций высокого риска: первая – ссора с женой, последняя - одинокие женщины на остановке.

Попросите участников группы в собственных цепях решений выделить ранние и последние ситуации высокого риска. Составьте карты по их ответам. Запишите первые и последние ситуации высокого риска на разных сторонах карточки. Попробуйте определить одну первую и одну последнюю ситуацию высокого риска для каждого участника группы. Сгруппируйте похожие ситуации высокого риска.

Когда карта будет заполнена, попросите участников группы объяснить, почему эти ситуации стали ситуациями высокого риска.

4. Чувства, приводящие к риску. Объясните, что чувства, приводящие к риску, это те, которые обычно приводят Вас:

- к желанию совершить преступление;
- к желанию делать что-то, что может привести Вас к ситуации высокого риска;
- к потере контроля над собой.

Типичные чувства, которые могут приводить к риску: чувство увлеченности событиями, чувство гнева, чувство депрессии, чувство неадекватности, чувство одиночества. Но все они становятся чувствами риска только тогда, когда чувствуете себя так. Это могут быть различные чувства в разных точках цепи решений, ведущих к преступлению. Наиболее яркими являются те чувства, которые сразу мотивируют совершение преступления. Но ими могут быть и другие чувства, сыгравшие ключевые роли в более ранней точке цепи решений преступного паттерна.

Попросите участников группы придумать ранние и поздние чувства, ведущие к риску в их собственной цепи решений. Составьте список этих чувств так же, как вы делали по ситуациям высокого риска. Убедитесь в том, что участники группы понимают, как появляются чувства, ведущие

к риску. Они должны осознать, что эти чувства делают преступление более привлекательным, заставляют их делать что-то, что ведет к риску или приводит к потере контроля над собой.

5. Высокорискованные мысли. Высокорискованные мысли – это обычно:

- оправдания для преступления;
- мысли, которые провоцируют или оправдывают другие факторы риска (чувства, ведущие к риску или «плохие решения»).

Высокорискованные мысли – это те мысли, которые возникают непосредственно перед преступлением, но их много и во всей цепи решений.

Попросите участников группы вспомнить ранние и поздние высокорискованные мысли в их собственной цепи решений.

6. Высокорискованное поведение. Высокорискованное поведение – это поведение, которое непосредственно ведет к преступлению, или поведение, которое ведет к ситуациям высокого риска или к чувствам, приводящим к риску. Попросите участников группы привести примеры раннего и позднего высоко рискованного поведения в их собственной цепи решений.

7. Работа с факторами риска. Спросите группу, всегда ли факторы риска ведут к преступлению, помогите группе сделать заключение: если Вы вовремя распознаете фактор риска, то всегда можете сделать что-либо, чтобы избежать опасности. Подтвердите, что первым шагом действительно должно быть распознавание факторов риска. Затем объясните домашнее задание.

Домашняя работа.

Раздайте каждому участнику группы карточки по факторам риска. Объясните как, заполняя карту, записывать ситуации высокого риска, чувства, ведущие к риску, высоко рискованные мысли и высокорискованное поведение (по два примера на каждый фактор риска). Пусть один из них относится к ранним в цепи решений факторам риска, другой – к поздним в цепи решений. Убедитесь, что все разобрались с этим сложным заданием.

Раздаточный материал: таблица факторов риска.

Ситуации высокого риска:

- Ранние в цепи решений
- Поздние в цепи решений

Чувства, ведущие к риску:

- Ранние в цепи решений
- Поздние в цепи решений

Высокорискованные мысли:

- Ранние в цепи решений
- Поздние в цепи решений

Высокорискованное поведение:

- Ранние в цепи решений
- Поздние в цепи решений

Блок 16. Общие факторы риска

ЦЕЛИ:

- формировать умения распознавать факторы риска, характерные для нескольких участников группы;
- научить разрабатывать ключи для распознавания каждого фактора риска.

МЕТОДИКА:

1. Распознавание общих факторов риска. Объясните группе, что Вы хотите выявить факторы риска, которые присущи более, чем одному человеку в группе. Попросите участников группы выделить факторы риска в своей цепи решений. Пока один участник зачитывает свои факторы риска, обратитесь к другим участникам группы, для кого этот фактор тоже является фактором риска. Обнаружив фактор риска, присущий нескольким участникам, запишите его на доску.

2. Ключи распознавания. Выберите фактор риска, который присущ большинству участников группы. Попросите одного участника группы продемонстрировать каким он бывает, когда действует этот фактор риска. Если, например, это чувство гнева, попросите его показать, что он делает, когда гневается. Затем задайте ему и группе следующие вопросы:

- Как я выгляжу в глазах окружающих?
- Как я чувствую?
- Что я говорю сам себе в это время?
- Что я говорю другим?
- Как я веду себя?

После того как участник ответит на вопросы, спросите других участников, были ли их ответы такими же, или нет. Если есть разница, то в чем она проявляется. Обычно участники хотя бы в чем-то различаются.

Когда достигнут некоторый прогресс в обозначении ключей распознавания по первому фактору риску, попросите участников обсудить ключи распознавания для другого фактора риска. При выборе второго фактора риска учитывайте, чтобы он был присущ, по возможности, тем участникам группы, которые не участвовали в дискуссии по первому фактору. Стремитесь к тому, чтобы к концу сессии все участники группы примут участие в обсуждении ключей распознавания, по крайней мере, по одному фактору риска, присущего им.

3. Домашнее задание. Раздайте каждому участнику группы карточки по каждому фактору риска, присущего им. Карточка должна содержать описание фактора риска, но ключи распознавания и полезные стратегии должны записать сами участники. Ведущие готовят эти карточки в ходе сессии. Попросите, чтобы к следующей сессии каждый участник группы написал, как минимум, по четыре ключа для распознавания каждого фактора риска.

Раздаточный материал: пример карточки по фактору риска.

Первая сторона. Описание фактора риска.

Обратная сторона. Ключи для распознавания.

Помогающие стратегии

Как я выгляжу:
Как я себя веду:
Что я говорю себе:
Как я чувствую себя:
Что я говорю:
Стратегия избегания:
Стратегия контроля:
Стратегия убегания:

Блок 17. Распознавание индивидуальных факторов риска

ЦЕЛИ:

- распознание ключей для оставшихся факторов риска;
- уяснение того, что ключи распознавания факторов риска могут различаться в зависимости от того, действует ли сейчас фактор, или должен случиться.

МЕТОДИКА:

I. Групповая экспертиза ключей распознавания. Для каждого фактора группа определяет ключи распознавания. Группа должна обсудить адекватность этих ключей, то есть действительно ли они позволяют самому преступнику или окружающим его людям распознавать факторы риска.

Вовлекайте в обсуждение всю группу.

2. Обсуждение. Спросите группу: «Ключи доступа, идентифицированные Вами, позволяют Вам осознать факторы риска, которые могут случиться или которые уже происходят?»

Примечание: занятия блока 17 продолжаются до тех пор, пока все участники группы не идентифицируют ключи доступа для каждого фактора риска.

Блок 18. Планирование предотвращения рецидива

ЦЕЛИ:

- подведение участников группы к пониманию того, что необходимо планировать свое поведение на случай, если в будущем опять возникнут эти факторы риска;
- обучение участников группы надежным способам избегания, а, когда это невозможно – способам контроля или бегства из ситуации;
- обучение участников группы системе «ИКБ» для предотвращения рецидива;
- развитие у участников группы способности к составлению планов «ИКБ» для каждого фактора риска.

МЕТОДИКА:

1. Ввести понятие «помогающей стратегии». Объясните, что помогающая стратегия – это способ ответа на фактор риска, который позволяет либо избежать риска (то, что Вы можете сделать, когда предполагаете, что фактор риска может возникнуть), либо контролировать фактор риска (чтобы уменьшить его воздействие), либо убежать от этой ситуации.

2. Обозначьте возможные помогающие стратегии. Начните с фактора риска общего для нескольких участников группы. Устройте «мозговой штурм» по поводу возможных стратегий. Ведущий фиксирует их в карточке.

3. Произведите оценку этих помогающих стратегий. Группа рассматривает каждую возможную помогающую стратегию в терминах:

- я мог бы использовать это?
- насколько реально, что это сработает?

Участники группы должны принять эти стратегии как помогающие лично им и понять, как они работают. Удостоверьтесь, что каждый участник группы имеет несколько адекватных помогающих стратегий для каждого фактора риска ,и что их помогающие стратегии включают и избегание, и контроль, и бегство. Также важно, чтобы их стратегии включали и когнитивные, и поведенческие методы.

Повторите шаг 2 и 3 для каждого общего фактора риска. Это займет больше, чем одну сессию. Затем используйте оставшиеся сессии этого блока для оценки эффективности помогающих стратегий, которые идентифицированы участниками для себя в домашней работе. Каждый участник группы должен полностью заполнить карту для фактора риска, после того как его стратегии будут оценены группой как реалистичные и осуществимые им.

Домашняя работа.

Генерируйте возможные помогающие стратегии для всех оставшихся факторов риска.

Заполните карточки по каждому фактору риска после обсуждения с группой.

Сгруппируйте и запишите все помогающие Вам стратегии.

Блок 19. Эффект нарушения воздержания (подготовка к возможным срывам)

ЦЕЛИ:

- дайте определение «срыва», которое участники группы должны понять;
- убедите участников, что они неизбежно столкнутся с отклонениями и будут вынуждены что-то делать с факторами риска;
- подведите участников группы к необходимости ориентации на преодоление срывов.

МЕТОДИКА:

1. Обсуждение - распознавание вероятности возникновения срыва. Спросите участников группы, думают ли они, что всегда будут способны справляться со своими факторами риска? Проведите дискуссию между теми, кто говорит «да», и теми, кто говорит «нет». Ведущие должны воз-

держиваться от оценки правильности высказываний участников группы. Необходимо, чтобы это делала группа.

2. Обсуждение – понимание эффекта срыва. Спросите участников: «Если Вы не сможете справиться с фактором риска, как вы будете чувствовать себя? Что Вы можете сказать себе относительно того, почему Вы не смогли с ним справиться?». Запишите ответы на доске. Варианты ответов:

- я почувствовал бы, что я потерпел неудачу;
- моя самооценка бы упала - я бы почувствовал себя слабаком;
- я почувствовал бы, что нет никакого смысла контролировать себя, я никогда не изменюсь;
- я мог бы начинать искажать реальность и оправдывать себя;
- это моя вина, что это случилось;
- черт возьми, я так близок к тому, чтобы продолжать делать это;
- я чувствовал бы себя виновным, беспокойным, расстроенным.

Затем спросите группу: «Если Вы так думаете и чувствуете себя, то как в результате вы будете вести себя?».

Запишите ответы участников, особенно те, в которых признается возможность повторения преступления.

3. Объясните понятие «отклонения». Сообщите группе, что случаи, когда они не могут справляться с фактором риска, называются «срывом». Проблема заключается в том, что люди не видят никакого смысла не совершать преступления, тем более, если отклонения доказывают, что они не могут этого не делать. Это иногда называют эффектом нарушения воздержания. В таких случаях преступление наиболее вероятно.

4. Идентификация наиболее полезных реакций на отклонение. Спросите группу: «Если мысли и чувства, которые вы испытывали раньше, делают совершение преступления более вероятным, какие мысли Вы могли бы идентифицировать после «срыва», чтобы помочь себе удержаться от преступления?».

Запишите возможные ответы, но будьте уверены, что это ответы, уводящие преступника от срыва. Например:

- я только что сорвался, но я могу остановиться прежде, чем совершу преступление;
- я всегда знал, что до конца не исправился. Это – напоминание мне, что я должен работать над контролем моего поведения;
- возможно, я что-то испортил, но, по крайней мере, я не совершил преступление. Это урок для меня;
- этот срыв – исключение. Я уже многого сумел достичь, и это не остановит меня на пути исправления.

5. Ролевые игры. Попросите каждого участника группы определить ситуации, в которых, по их мнению, они могут сорваться. Проведите небольшие ролевые игры по этим ситуациям. Задача участников практиковаться в формах поведения, способных удержать их от преступления. Используйте «рассуждения» как метод конструктивного разговора с самим собой о срыве. Поощряйте и реакции бегства из ситуаций срыва.

Отведите не более 15 минут на одного участника.

6. Обсуждение уверенности в себе. Спросите группу: «Почему существует проблема уверенности в том, что сможешь справиться со всем в будущем?». Адресуйте этот вопрос самым самонадеянным участникам группы. Поддерживайте обсуждение с помощью вопросов: «Что Вы думаете о том, чтобы умышленно испытать себя на факторы риска? К примеру, умышленно войти в ситуацию высокого риска, чтобы доказать себе, что Вы справитесь с ней».

Группа должна прийти к заключению, что умышленное испытание себя – это рискованная стратегия, поскольку расширяет возможность возникновения проблемы немедленного удовлетворения и осложняет жизнь участника.

Домашняя работа.

Попросите каждого участника группы рассмотреть свой список факторов риска и решить по каждому из них, может ли он проявиться во время его тюремного заключения.

Блок 20. Факторы риска в тюрьме

ЦЕЛИ:

- подвести участников группы к пониманию, что они могут встретиться с факторами риска в заключении, и что дает им возможность практиковаться и проверять свои помогающие стратегии;
- объяснить идею и значимость ведения дневника риска;
- подвести участников группы к тому, чтобы начать заполнять дневники риска.

МЕТОДИКА:

1. Получить и разобрать домашнее задание. Вначале попросите участников представить их домашнюю работу группе. Затем составьте список факторов риска, объединяя однотипные.

Большинство мыслей и чувств, ведущих к риску, можно испытывать и в тюрьме, как и большинство ситуаций и форм поведения. Объясните, что сексуальные мысли и чувства, включая отклоняющееся от нормы сексуальное фантазирование, – это факторы риска, которые можно испытать в тюрьме.

2. Идентификация успешных помогающих стратегий. Предложите участникам группы подумать, как они могли бы успешно справиться с факторами риска в тюрьме, и привести отдельные примеры. Попросите группу вспомнить случаи, когда они не справлялись с этими факторами риска в тюрьме, и привести отдельные примеры.

3. Вести дневник. Объявите: «В течение следующих двух недель я хочу, чтобы Вы вели дневник факторов риска, куда записывали бы все факторы риска, с которыми вы столкнулись, и то, как вы справились с ними. Мы встретимся снова через две недели, чтобы сравнить отчеты и посмотреть, может ли группа справляться с факторами риска во всех областях».

Раздайте каждому участнику группы незаполненные дневники факторов риска и объясните, как они должны быть заполнены. Выдайте также образец заполненного дневника фактора риска.

4. Приближение к завершению работы группы. Это будет последняя сессия. Используйте эту возможность напомнить участникам группы понятия и концепции, которые они изучили в ходе работы. Можно провести викторину по следующим вопросам:

- Что такое когнитивное искажение?
- Какие когнитивные искажения были у Вас лично (у кого-то из членов группы)?
- Что изменилось, как вы теперь относитесь к этому?
- Какую роль в преступлении играет фантазирование?
- Какую роль сыграло фантазирование в Вашем преступлении (кого-то из участников группы)?
- Что Вы узнали о краткосрочных последствиях для потерпевших?
- Что Вы узнали о долгосрочных последствиях для потерпевших?
- Какой опыт Вы приобрели во время ролевых игр?
- Что больше всего запомнилось из приобретенного Вами в ролевых играх опыта жертвы преступления?
- Что такое проблема немедленного удовлетворения? Как Вы можете избежать ее?
- Что такое кажущиеся невзаимосвязанными решения? Какие кажущиеся невзаимосвязанными решения Вы принимали перед совершением преступления?
- Что такое цепь решений?
- Что вы будете делать с высоко рискованными мыслями в будущем?
- Какое Ваше поведение является высоко рискованным?
- Какие чувства являются высоко рискованными?
- В какой точке может быть создан план превенции рецидива?

- Беспокоит ли Вас что-то, связанное с тем, как вы будете справляться с рецидивным поведением после освобождения?
- Что является для Вас самым главным мотивом, чтобы не совершать преступление снова?

Добейтесь правильных ответов на каждый вопрос. Потратьте время на то, чтобы обсудить, как люди чувствуют себя по окончании работы.

5. Домашняя работа. Каждый участник группы заполняет Дневник факторов риска по форме:

Дата и время.

Фактор риска.

Опишите, как возник фактор риска.

Опишите, как Вы старались защититься.

Насколько хорошо работает Ваша помогающая стратегия.

Блок 21. Обзор по дневникам факторов риска

ЦЕЛИ

- сформировать у участников группы навык описывать свой опыт, связанный с факторами риска;
- поддержать участников группы и нацеливать их на использование своих помогающих стратегий;
- подвести участников группы к исправлению помогающих стратегий, которые не работают.

МЕТОДИКА:

1. Обзор содержания дневников. Каждого участника просят рассказать о своем опыте работы с факторами риска, с которыми они столкнулись после последней встречи. Группа обсуждает их защитное поведение, предлагает более удачные помогающие стратегии, поздравляет, если помогающие стратегии сработали.

Ведущие делают необходимые для отчета заметки и оказывают помощь участникам группы, когда выбранные ими стратегии оказались хуже, чем те, которым они обучались в ходе занятий.

Ведущие просят участников группы продолжать заполнять дневники факторов риска и встретиться вновь через две недели.

Примечание: занятия этого блока могут повторяться два или три раза по решению ведущих.

2. Побуждение к продолжению занятий. Участникам группы рекомендуется провести анализ существующих у них проблем, выделяя сферы затруднений. Ведущие предлагают каждому продолжить занятия в рамках поведенческой терапии, коммуникативного тренинга и т.п.

Блок 22. Семинар по предотвращению насилия

ЦЕЛИ:

- взять на себя ответственность за все случаи проявления насилия и контроля;
- прекратить физическое насилие и угрозы;
- вместо проявления насилия научиться управлять своими чувствами;
- прекратить вербальное насилие и критику (придумывание кличек, крики, оскорбления, употребление ненормативной лексики, высмеивание);
- научиться чаще хвалить людей, поддерживать их, научиться лучше слушать;
- прекратить обвинять окружающих за свои чувства и поведение;
- научиться заботиться о себе самому;
- формировать умения распознавать факторы риска, способствующие проявлению насилия;
- обучить распознавающим знакам, которые являются триггером проявления насилия.

МЕТОДИКА:

1. Введение. Каждое групповое занятие семинара «Работа с насилием» проходит согласно единой последовательности:

- начальная проверка;
- разбор инцидентов насилия и случаев избежания насилия (оскорблений);

- обучающая часть 4;
- завершающая проверка.

Во время начальной проверки каждому участнику предоставляется несколько минут для того, чтобы вкратце рассказать группе о том, как прошла предыдущая неделя. Основная задача проверки - выяснить, произошли ли за это время у участников какие-либо инциденты оскорблений (насилия) или случаи избегания оскорблений (насилия). Инциденты - это ситуации, когда участники сочли возможным вести себя оскорбительно или проявить насилие по отношению к своей подруге, имуществу, самим себе или кому-либо еще. Случаи избегания оскорблений (насилия) - это ситуации, когда участники могли бы оскорбить или проявить насилие по отношению к своим подругам, но все же предпочли уйти от этого, избежав оскорблений и насилия.

Если кем-либо из участников было упомянуто о случаях оскорблений (насилия) или их избегания, то следующий этап занятия посвящается подробному разбору особенностей этих ситуаций. Инциденты разбираются группой поэтапно, шаг за шагом: что было сделано правильно, а что неправильно, и какова была альтернатива их поведению. При разборе случаев избегания насилия, участники объясняют, что именно помогло им удержаться от проявления оскорблений или насилия, включая использование методов и приемов, полученных на семинаре «Работа с насилием».

Следующая часть занятия - обучающая. Ее содержание соответствует теме, указанной в плане занятий, который составляется еженедельно.

Примерно, за десять минут до конца занятия каждому участнику предлагается участвовать в заключительной проверке, которая состоит из 4 частей:

1. Контракт. Каждый участник группы вслух зачитывает следующие положения:

«Я заключаю контракт с семинаром «Работа с насилием», что я не буду вести себя оскорбительно или проявлять насилие по отношению к моей подруге, моей семье, имуществу, самому себе или кому-либо еще. Если я все же поведу себя таким образом, я согласен обсудить это с моей группой на следующей неделе».

2. Проверки безопасности. Проверки безопасности - это стрессовые или проблемные ситуации, когда участники могут быть подвержены риску повести себя оскорбительно или проявить насилие. Осведомленность и внутренняя подготовленность к таким ситуациям поможет участникам обращать особое внимание на предупреждающие знаки и быть готовыми вовремя сделать тайм-аут.

3. Предупреждающие знаки. Предупреждающие знаки - это особые сигналы, которые использует тело и сознание для того, чтобы дать понять агрессору, что он находится в опасности повести себя оскорбительно или может проявить насилие. Определение таких знаков и принятие их во внимание поможет агрессору понять, когда именно нужно сделать перерыв, чтобы не допустить со своей стороны проявлений насилия. Предупреждающие знаки включают физические, поведенческие и эмоциональные изменения, а также негативные мысли и образы.

4. Критические замечания. Это возможность для участников выразить свои замечания по поводу того, что понравилось, а что не понравилось в данном занятии.

2. Вести понятие «тайм-аута». Объясните, что тайм-аут - это надежный метод остановки насилия во время его проявлений. Этим методом успешно пользуются многие мужчины, которые посещали занятия по этой программе. Все что требуется - это ваши осознанные усилия на то, чтобы делать это упражнение искренне.

3. Последовательное рассмотрение моделей, присущих системе домашнего насилия. Подробно и внимательно изучив факты, можно обнаружить, что насилие в семье - это не отдельные мужчины, совершающие насилие и оскорбляющие своих подруг. Насилие в семье – это система с определенными моделями и признаками. Только с пониманием всей системы домашнего насилия и того, как она действует, можно помочь остановить это насилие. Необходимо обсудить с группой набор убеждений, допускающих и оправдывающих насилие.

4. Ввести понятие «Я формулировки». «Я формулировки» предоставляют основной путь для того, чтобы быть способными управлять своим гневом без обвинений или оскорблений кого-либо

другого. Эти формулировки являются формулировками чувств, так как позволяют нам сообщить о наших эмоциях и чувствах (а не о мыслях или суждениях), не нападая при этом на других людей. Тем не менее, понимание и использование этих формулировок может быть довольно сложным процессом.

Прежде чем использовать «Я - формулировку», важно осознать следующие основные моменты:

- Каждый мужчина обладает полным спектром чувств.
- Каждый мужчина испытывает различные по интенсивности чувства страха, гнева, обиды и счастья много раз за день.
- Все чувства нормальны, важны и полностью объяснимы.
- Интенсивность таких чувств обычно напрямую связана с нанесенными в прошлом серьёзными обидами.
- Мы не можем отказаться от своих чувств, но мы можем реагировать на них, осознавая всю ответственность, чтобы этим воспитывать самих себя.
- Наши чувства содержат важную информацию для нас самих и для других людей.
- На нас лежит вся ответственность за наши чувства. Мы никого не должны винить за наши чувства.
- Как мужчин нас часто вынуждают подавлять наши чувства, часто, кстати, там, где мы даже и не задумываемся о них.
- Мы можем научиться сознавать свои чувства и выражать их нормальным здоровым способом.

Используйте «Я формулировки», придерживаясь следующей модели: «Я испытываю (конкретное чувство), когда (особая ситуация или поведение)...». Здесь важно заметить, что эта модель позволяет нам распознать наши чувства, а также ситуации или поведение, которые их вызывают. Этот подход никоим образом не является конфронтационным, особенно если мы делаем усилия определить ситуацию, нежели поведение. Помните, что нужно спрашивать «В чем проблема?», а не «В ком проблема?».

Ошибки, которых нужно избегать при использовании этого метода:

- «Я чувствую, что ты ...». В настоящей формулировке после «Я чувствую» никогда не должно следовать «что». Это в действительности суждение («Я считаю, что ...») или мнение («Я думаю, что ...») маскируется под «Я формулировку» и часто используется чтобы критиковать, обвинять или оскорблять кого-то другого.
- Отсутствие четкого понимания и разграничения чувств. К каким именно чувствам приводило вас определенное поведение ? Гневу? Испугу? Растерянности?
- Отсутствие четкого понимания ситуаций и поведения. Что именно заставило вас чувствовать таким образом?
- Искажение ситуаций или поведения с целью оправдания ваших чувств.
- Произнесение слишком длинных или запутанных высказываний.
- Называние имен.
- Обвинение других за ваши чувства.
- Ожидание от нее конкретных действий в ответ на ваши «Я формулировки».

5. Домашняя работа: Определите, являетесь ли вы насильником.

Контрольный опросный лист:

Контроль через критическую оценку. Вы когда-либо...

- Говорили, что вам не нравится, как ваша подруга готовит, делает уборку, одевается, занимается любовью или ведет себя на публике.
- Не оказывали ей поддержки или делали критические замечания типа: «Это первый хороший обед, который ты приготовила за последние месяцы».
- Называли ее: дура, сука.
- Выражали дурное настроение, гнев или угрозы.

- Ожидая понимания с ее стороны, выходили из себя, если она не понимала вас или не хотела этого.
- Срывали злость на своей подруге, когда были рассержены по другому поводу.
- Ожидали, что ваша подруга должна понять, что она сделала неправильно, и извинится за это перед вами, когда вы перестаете с ней разговаривать.

Контроль через чрезмерную защиту и заботу. Вы когда-либо...
- Говорили, что вам не нравится, когда ваша подруга уходит из дома, так как вы слишком беспокоитесь о ней.
- Ревновали, когда она разговаривает с незнакомыми вам людьми.
- Звонили или неожиданно приходили к ней на работу с целью проверить, все ли с ней в порядке.

Контроль через отрицание ее ощущений. Вы когда-либо...
- Не помогли ей, когда болели дети или она сама, или пообещали помочь и забыли о своем обещании.
- Перебивали, когда она говорила, изменяли смысл того, что она сказала или забывали об ее словах.
- Говорили ей, что вы имеете право идти по своим делам, когда захотите, а она нет, так как дети - это ее обязанность.

Контроль через принятие решений. Вы когда-либо...
- Оставляли за собой право решающего слова.
- Уходили и делали что-то, что противоречило вашей совместной договоренности.
- Спрашивали ее, зачем она надоедает вам по поводу того, что уже решено, или если она заводит речь о тех решениях, которые вы приняли, не посоветовавшись с ней.

Контроль через деньги. Вы когда-либо...
- Просили вашу подругу отчитаться за каждый потраченный ею рубль и рассказывали ей, как нужно распоряжаться деньгами.
- Тратили деньги по своему усмотрению, а затем обвиняли ее в том, что денег нет как раз в тот момент, когда вам они необходимы.
- Говорили вашей подруге, что без вас она не сможет жить так же хорошо.

Контроль через перекладывание ответственности.
Вы когда-либо...
- Говорили, что ваша подруга многого не понимает, когда говорит, что вы ведете себя с ней слишком властно или строго.
- Говорили, что вы бы не вышли из себя, если бы она успокоила детей.
- Говорили, что вы всегда в хороших отношениях с другими людьми, поэтому это ее вина в том, что вы теряете контроль над собой.

Контроль через ограничение контактов с другими людьми. Вы когда-либо...
- Препятствовали, если ваша подруга собиралась куда-либо идти.
- Не хотели, чтобы ваша подруга проводила время со своими родственниками.
- Подробно допрашивали ее о том, что она делает, когда идет куда-либо.

Контроль через физическое давление. Вы когда-либо...
- Закрывали дверь, чтобы она не смогла уйти во время вашего спора.
- Пытались запугать вашу подругу, когда вы злитесь на нее, стоя близко к ней и сжимая кулаки.
- Бросали или ломали вещи.
- Отказывались уйти, когда ваша подруга просила вас об этом.

Контроль через сексуальное унижение. Вы когда-либо...
- Отпускали шутки сексуального характера в присутствии детей или других людей.
- Подшучивали над недостатками тела вашей подруги.
- Отпускали грязные шутки, которые унижали бы вашу подругу или женщин вообще.

Контроль через физическое/сексуальное насилие. Вы когда-либо ...

- Душили вашу подругу.
- Насиловали ее (насильно вступали в сексуальные отношения).
- Пихали или толкали ее.
- Били вашу подругу.

6. Ниже приведены ключи распознавания факторов риска в виде таблиц, характерных для проявления насилия и контроля над другими людьми.

Эти материалы предназначены для самостоятельной работы участников группы и используются в качестве рабочего материала для проведения следующих занятий семинара по насилию.

Приложения

Приложение 1

Опросник

Нижеприведенные вопросы направлены на изучение Вашей личности, чувств, представлений и манеры поведения. Постарайтесь описать себя таким, какой Вы есть на самом деле. Ссылайтесь при этом на свой опыт последних 5-10 лет. Отметьте крестиком вопросы, на которые Вы отвечаете «ДА». Если Вы не понимаете вопрос, то можете его пропустить.

1. Избегаете ли Вы работы, при выполнении которой пришлось бы иметь дело со многими людьми?
2. Уклоняетесь ли Вы от контакта с другими людьми, потому что уверены, что они этого хотят?
3. Вам с трудом удается быть искренним с другими людьми, даже если они Вам очень близки?
4. Когда Вы имеете дело с другими людьми, Вы часто боитесь, что будете отвергнуты или подвергнуты критике?
5. Вы обычно сдержаны и молчаливы, когда знакомитесь с новыми людьми?
6. Вы считаете, что Вы не так умны, ловки и привлекательны, как другие люди?
7. Боитесь ли Вы попадать в новые ситуации?
8. Часто ли Вы нуждаетесь в советах и поддержке других людей, прежде чем принять решение (например, что одеть или что заказать в ресторане)?
9. Зависите ли Вы в организации важных жизненных дел от других людей, будь то финансовые дела, воспитание детей или организация быта?
10. Вам с трудом удается возразить другим, даже если Вы думаете, что они не правы?
11. Вам с трудом удается начинать выполнять работу или задания, если Вам в этом никто не помогает?
12. Берете ли Вы добровольно на себя ответственность за выполнение неприятных заданий?
13. Когда Вы одни, Вы чувствуете себя неважно?
14. После тога как Вы расстались с близким человеком, Вы быстро начинаете испытывать потребность в другом человеке, на которого можно было бы положиться?
15. Часто ли Вы думаете о том, что можете остаться одиноким или что никто не будет о Вас заботиться?
16. Вы относите себя к числу тех, кто уделяет много внимания деталям, порядку, организации, т.е. Вы любите строить планы?
17. Возникают ли у Вас трудности с завершением работы, т.к. Вы тратите слишком много времени на то, чтобы все сделать максимально правильно и точно?
18. Считаете ли Вы или Вам уже говорили о том, что Вы так сильно заняты своей работой (школой), что не находите время на друзей и удовольствия?
19. У Вас завышенные моральные требования?
20. Вы с трудом расстаетесь с вещами, т.к. думаете, что они Вам когда-нибудь пригодятся?
21. Вы с трудом принимаете помощь других людей, если считаете, что они неточно исполняют дело?
22. Вы с трудом тратите деньги на себя или других, даже если их у Вас достаточно?
23. Когда Вы уверены в своей правоте, Вам совершенно безразлично, что скажут другие?
24. Вам уже говорили, что Вы своенравны и упрямы?
25. Если вас кто-нибудь о чем-нибудь просит, а Вы не хотите этого делать, вы сначала соглашаетесь, а затем делаете это медленно и небрежно?
26. Вы склонны просто забывать о том, чего Вы не хотите делать?

27. Вы часто испытывали впечатление, что Вас не понимают или что Ваши успехи недостаточно ценятся?
28. Часто ли у Вас бывает плохое настроение, ведущее к тому, что вы вступаете в конфликт?
29. Вы испытываете чувство, что большинство Ваших начальников, учителей и других людей, занимающих более высокое социальное положение, чем Вы, просто неспособные люди?
30. Вы считаете несправедливым, что другие люди имеют в собственности больше, чем Вы?
31. Вы часто жалуетесь на то, что с вами случается только плохое?
33. Вам часто приходится тыкать других носом в работу, а потом все это переделывать?
32. Как правило, вы чувствуете себя несчастливым, или жизнь Вам не доставляет радости?
33. Вы считаете себя посредственным человеком или вы очень плохого о себе мнения?
34. Вы часто делаете себе плохо?
35. Вы относите себя к людям, которые постоянно о чем-то переживают?
36. Вы часто оцениваете других людей и находите в них недостатки?
37. Вы думаете, что большинство людей плохие по природе?
38. Вы всегда ожидаете самого плохого?
39. Вы часто испытываете чувство вины за то, что Вы что-то не сделали или забыли сделать?
40. Вы должны быть постоянно начеку, чтобы избежать использования себя другими людьми для достижения ими корыстных целей?
41. Вы сомневаетесь в том, что могли бы доверять друзьям и коллегам?
42. Вы считаете, что другие не должны много о Вас знать?
43. Вы часто видите скрытый смысл в том, что говорят или делают другие?
44. Вы очень злопамятны, т.е. должно пройти много времени, прежде чем Вы простите человека, который нанес Вам обиду или оскорбление?
45. Есть люди, которых Вы не можете простить, даже если прошло слишком много времени с того дня, как они обидели вас словом или делом?
46. Вы быстро выходите из себя и агрессивно реагируете, если Вас критикуют или оскорбляют?
47. Вас часто посещает подозрение о неверности супруга(и)?
48. Когда вы видите разговаривающих друг с другом людей, вы считаете, что они говорят о Вас?
49. Вы часто испытываете чувство, что вещи, которые казалось бы на первый взгляд не имеют друг с другом ничего общего, приобретают для Вас определенный смысл?
50. Вы часто улавливаете скрытый смысл в случайных, на первый взгляд, событиях?
51. Было ли у Вас впечатление, что Вы заставляете свершаться те вещи или события, о которых Вы подумали?
52. Есть ли у вас опыт общения со сверхъестественными силами?
53. Вы считаете, что у Вас есть «шестое чувство», т.е. Вы можете знать и предсказать заранее какие-то события?
54. Вы часто видите в предметах и тенях изображения людей и зверей, или Вы принимали шорох за человеческие голоса?
55. У Вас возникает чувство, что рядом с Вами находится невидимая личность или сила, хотя вы никого не видите?
56. Вы видите ауру или энергетическое поле других людей?
57. Вне Вашей семьи существуют лишь несколько человек, с которыми Вы поддерживаете близкие отношения?
58. Вы часто нервничаете и злитесь, когда находитесь вместе с другими людьми?
59. Вы можете спокойно обойтись без тесных отношений, которые существуют между членами одной семьи или друзьями?
60. Вы с удовольствием сделали бы некоторые вещи в одиночку, чем приняли бы помощь других?
61. Вы можете спокойно обойтись без сексуальных контактов?
62. Существует очень мало вещей в жизни, которые доставляли бы Вам настоящую радость?

63. Вам все равно, что о Вас думают другие?
64. У Вас сложилось впечатление, что в жизни не существует ничего такого, что могло бы приносить Вам радость или печаль?
65. Вы любите находиться в центре внимания?
66. Вы часто флиртуете?
67. Вы одеваетесь сексуально, даже если идете на работу или в магазин?
68. Вы пытаетесь привлечь внимание других своим внешним видом, одеждой?
69. Вы считаете себя личностью, способной к изменениям?
70. Вы не уверены в правильности своего мнения и поэтому подвержены влиянию мнения других?
71. Вы завязываете тесные контакты почти со всеми людьми, с которыми встречаетесь?
72. У Вас сложилось впечатление, что большинство людей не правильно оценивают Ваши способности?
73. Вам уже приходилось слышать о том, что у Вас слишком высокое мнение о себе?
74. Вы часто думаете о власти, славе и признании, которые будете когда-нибудь иметь?
75. Вы часто думаете об идеальной любви, которую однажды встретите?
76. Когда Вы сталкиваетесь с затруднениями в работе, Вы почти всегда настаиваете на разговоре с высоким начальством?
77. Вы считаете, что время следует проводить только с теми людьми, которые являются личностями или представляют из себя нечто необычное?
78. Для Вас важно, чтобы другие обращали на Вас внимание или восхищались Вами?
79. Вы считаете, что вы не должны соблюдать определенные правила или общественные предписания, если они в какой-то мере Вас ограничивают?
80. Вы считаете, что существуют причины, по которым другие люди должны быть с Вами более обходительны и внимательны?
81. Вам уже приходилось хотя бы раз использовать других людей с целью достижения чего-либо?
82. Ваши собственные потребности для Вас намного важнее, чем потребности других?
83. Вы придерживаетесь мнения, что другие должны безоговорочно следовать Вашим пожеланиям?
84. Вы считаете, что не следует считаться с действиями и чувствами других?
85. Вы с трудом переносите удачу других?
86. У Вас сложилось впечатление, что другие вам завидуют?
87. Вы считаете, что существует очень мало людей, заслуживающих Вашего времени и внимания?
88. Выходите ли Вы из себя, когда представляете, что человек, который много для Вас значит, вдруг покидает Вас?
89. Ваши отношения с людьми, от которых многое зависит, характеризуются удачами и неудачами?
90. С Вами случалось такое, что Ваши цели или Ваши чувства внезапно изменялись?
91. Вы часто испытываете резкие изменения при виде себя таким, какой Вы есть на самом деле?
92. Вы часто и внезапно меняете свои цели, профессиональные планы, религиозные взгляды?
93. Вы часто поступаете импульсивно?
94. Вы пытались нанести себе телесные повреждения или покончить жизнь самоубийством?
95. Вы когда-нибудь сознательно наносили себе ножевые ранения, ожоги и прочие раны?
96. Вы человек настроения?
97. Вы часто чувствуете себя внутренне опустошенным?
98. У Вас часто случаются приступы бешенства, или Вы так сильно сердитесь, что теряете контроль?
99. Вы деретесь или кидаетесь различными предметами, когда сердитесь?

100. Даже мелкие неприятности выводят Вас из себя?
101. Вы становитесь подозрительным по отношению к другим людям или чувствуете себя не в своей тарелке, если находитесь под большим давлением?

Нижеприведенные вопросы относятся к чертам Вашего поведения, которые могли бы проявиться до:

Вашего 15-летия...

102. Вы часто шокировали или угрожали другим детям?
103. Вы были зачинщиком драк?
104. В драках Вы использовали оружие (например, палку, камень, разбитую бутылку, нож или пистолет)?
105. Вы пытались сознательно нанести боль и страдание другим?
106. Вы сознательно мучили зверей?
107. Вы насильно отбирали у других детей вещи, используя угрозу, нападение или ограбление?
108. Вы принуждали других людей к сексуальным контактам?
109. Вы поджигали когда-нибудь что-нибудь сознательно?
110. Вы умышленно повреждали вещи, которые Вам не принадлежат?
111. Вы взламывали когда-нибудь чужую квартиру, дом или автомобиль?
112. Вы часто врали или обманывали других?
113. Вы воровали когда-нибудь в магазинах?
114. Вы часто убегали из дома и проводили ночи вне дома?

Вашего 13-летия:

115. Вы возвращались домой намного позднее, чем это Вам было разрешено?
116. Вы часто прогуливали школу?

Обработка материала тестирования:

Для дальнейшего анализа полученных утвердительных ответов в рамках беседы предусмотрены проверочные вопросы типа: «В анкете Вы утверждаете, что Вы ранили других людей... Расскажите об этом подробнее», «Можете ли Вы привести характерный пример, подтверждающий это утверждение?» или «Как часто это случается с Вами?».

Приведенные опрашиваемыми примеры должны быть зафиксированы для дальнейшей проверки. Результаты анкетирования и беседы записываются в протокол или в таблицу результатов.

Для цифрового подведения итогов опросного листа записывается число положительных ответов в каждой группе вопросов. После проведения анкетирования и бесед в протокол вносится диагноз, соответствующий данным признакам.

Таблица 1

Соответствие вопросов анкеты и беседы различным нарушениям личности

Личностные особенности	*Число ответов «Да»*	*№№ вопросов*
Неуверенность в себе		1-7
Зависимость от других		8-15
Склонность к насилию		16-24
Отрицательные черты характера		25-32
Склонность к депрессии		33-40
Чрезмерная подозрительность (паранояльность)		41-50
Склонность к психозам		51-60
Шизофрения		60-65
Склонность к истерии		66-72
Склонность к нарциссизму		73-88
Способность владения собой		89-102
Антисоциальное поведение		103-117

Приложение 2

Типовые должностные обязанности штатных психологов пенитенциарной системы России

1. В ИК на работу принимаются только дипломированные психологи. В помощь им могут быть приданы сотрудники средней службы исполнения наказаний для проведения группового психологического тестирования.
2. Психолог участвует в выполнении задач исполнения наказаний как с осужденными, так и подследственными.
   2.1. Действия психолога регламентируются действующими инструкциями и ведомственными актами. Он использует знания и методы психологии для ресоциализации осужденных.
   2.2. Психолог использует методы, которые он усвоил в процессе обучения и в ходе повышения квалификации.
   2.3. При выполнении своих задач психолог работает совместно с другими сотрудниками. Мероприятия, которые затрагивают зону ответственности других сотрудников, психолог согласовывает с ними.
3. Психолог имеет следующие задачи:
   3.1. Участие в обследовании осужденных.
   3.2. Участие в составлении, проведении и развитии плана исполнения наказания.
   3.3. Психологическое обследование осужденных для учреждений исполнения наказаний ИК № 272/2 и выработка своей позиции по следующим вопросам:
   - перевода в учреждения другого типа;
   - смягчения условий отбывания наказаний, предоставления льгот;
   - предоставление отпусков;
   - досрочного освобождения.

   3.4. Психологическая интервенция при нарушении поведения, особенно в случаях опасности членовредительства и совершения самоубийства.
   3.5. Психологическое консультирование и психотерапия осужденных индивидуально и в группе.
   3.6. Участие в установлении пригодности к службе кандидатов для работы в системе исполнения наказаний.
   3.7. Консультирование руководителя учреждения по организационным и производственным вопросам.
   3.8. Участие в обучении и повышении квалификации сотрудников учреждения.
   3.9. Руководство и сопровождение психологической практики.
   3.10. Профессиональный контроль деятельности - супервизия (с согласия сотрудников).
4. Руководитель учреждения по профессиональным вопросам психологической службы, не требующих его согласия, имеет право затребовать справки и давать указания.
   4.1. При расхождении мнений в отношении работы психолога, требующей профессиональных знаний, между руководителем учреждения и психологом, если стороны не придут к единому решению, решение принимает вышестоящая инстанция. До решения надзорной инспекции начальник учреждения имеет право запретить проведение мероприятия психолога или применение им какого-либо метода психологической коррекции (психотерапии), если по его убеждению они нарушают безопасность, порядок управления или необходимую психологическую коррекцию осужденного.
   4.2. Штатный психолог учреждения может осуществлять для начальника учреждения функции профессионального контроля.

5. Руководитель учреждения по согласованию с конференцией психологов или с психологом раздает поручения другим сотрудникам учреждения по ресоциализации осужденных. При определении рабочего времени психолога учитываются особенности службы и потребности учреждения.
6. Выбор методов обследования ориентирован на цели диагностики, причем психолог учитывает современный уровень научных знаний, рекомендации надзорных инстанций. Психологическое обследование опирается, как правило, на:
   - анализ жизненного пути и биографию осужденного;
   - наблюдение за поведением;
   - тестовое обследование;
   - психологическое собеседование.
7. Результат обследования психолог излагает в форме экспертной позиции или экспертного заключения. Результаты психологической коррекции отмечаются в личном деле осужденного. Из экспертной позиции или заключения должно быть очевидно: на каких средствах познания и отдельных данных базируется диагноз.
   7.1. Полученные в ходе психологического обследования данные хранятся в особой папке под шифром.
   7.2. При ведении документации психолог действует в рамках Инструкции по делопроизводству.
8. Психологи в пенитенциарном учреждении координируют свою деятельность.
   8.1. Для достижения этой цели они образуют в ИК №2 с минимальным количеством штатных психологов не менее трех человек психологическую лабораторию.
   8.2. Психологическая лаборатория:
      - распределяет обязанности между психологами;
      - обсуждает выбор и практику применения диагностических методов;
      - вырабатывает согласованную позицию по проведению психологической коррекции;
      - определяет согласованную позицию по вопросам исполнения наказания;
      - обсуждает вопросы терапевтической интервенции.
   8.3. Конференция психологов проводится по мере необходимости, но не реже чем один раз в три месяца.
   8.4. Раз в год конференция психологов избирает своего руководителя, в задачи которого входит сбор и руководство работой конференции, информирование начальника учреждения о повестке дня и результатах работы конференции.
   8.5. В работе конференции могут принимать участие начальник учреждения, его заместители и назначенные начальником сотрудники учреждения.
   8.6. По результатам конференции составляется протокол, который в обязательном порядке предоставляется начальнику учреждения.

Приложение 3

Должностная инструкция консультанта отделения психокоррекции для осужденных, зависимых от алкоголя и наркотиков

Название должности: консультант.

Подчиненность заведующему отделения и начальнику колонии.

Краткий перечень основных обязанностей и выполняемых функций:

1. Несет общую ответственность за результаты работы реабилитационной команды, включая непосредственное участие в реабилитации пациентов, обеспечивает выполнение одной из основных функций команды - создание зоны безопасности для био-психо-социо-духовной модели выздоровления. Проводит первичное консультирование и тестирование пациентов. Проводит выдачу учебно-методических материалов пациентам, доводит до сведения пациентов все изменения реабилитационного плана. Выходит на дежурство согласно графику работы сотрудников отделения.
2. Работает по плану в команде отделения.
3. Несет ответственность за выполнение основных функций реабилитационной команды и консультанта, проведение консультационной работы с пациентами. Участвует по необходимости в работе консилиума по своему разделу работы.
4. Вносит свои предложения на рабочих командах по своему графику работы.
5. Читает лекции в соответствии с реабилитационным планом центра и проводит консультационную работу в центре, в часы, отведенные по плану.

Конкретные обязанности и пункты ответственности.

Пациенты:

Прямая ответственность:

1. Несет ответственность за выполнение основных функций консультанта, проведение первичного консультирования пациентов и родственников по проблемам химической зависимости, для консультирования может привлечь любого из членов команды, за проведение занятий и лекций в соответствии с планами пациентов и центра. Организует выполнение пациентами распорядка дня, заполняет документацию пациентов.
2. Обеспечивает связь пациентов отделения с движением АА/АН, участвует в организации спикерских выступлений выздоравливающих алкоголиков и наркоманов с воли.
3. Во время дежурства отвечает за создание зоны безопасности в отделении, проводит беседы с пациентами.

Косвенная ответственность:

Вместе с психологом отделения несет ответственность за отбор и привлечение в реабилитацию пациентов.

1. ***Планирование.*** В соответствии с планом работы отделения вносит свои предложения по своему графику работы.
2. ***Ответственность по контракту за пациента.*** Заключает контракт с осужденным на прохождение курса реабилитации и обеспечивает пациента учебно-методическими материалами. Отвечает за организацию консультативной помощи родственникам пациента. Обеспечивает знакомство пациентов с людьми, имеющими личный опыт выздоровления от зависимости (участвует в организации таких встреч) и организует выход пациентов отделения в жилую зону на собрание группы АН.
3. ***Конфиденциальная информация.*** К конфиденциальной информации относятся - фамилии, имена, вознаграждения и любые сведения, полученные от пациентов, которые могут принести вред пациентам и команде и они не подлежат разглашению.

4. ***Степень подотчетности.*** Работает в рамках, определяемых общими указаниями заведующего отделением и реабилитационного плана пациента и планов работы отделения. При необходимости участвует в работе консилиума.
5. ***Контакты.*** Работает в команде отделения психокоррекции. В обязательном порядке посещает все командные мероприятия. Поддерживает связь с пациентами и их родственниками, привлеченными в программу. Обеспечивает обмен информацией по пациентам всех специалистов отделения (консультант, психолог, заведующий отделением).
6. ***Условия труда.*** Рабочее место - в реабилитационном центре «Перекресток Семи Дорог». Работает в отделении психокоррекции ИК №2 в соответствии утвержденным графиком работы. Характер работы требует от исполнителя выполнения ее с учетом внешних обстоятельств (режима исправительной колонии) и возможностей терапевтического отделения, контракта пациента и планов отделения. Должен разделять философию программы выздоровления и миссию лечебной команды. В обязательном порядке работает в личной программе выздоровления.

Список литературы:

1. Батищев В.В. 12-ти шаговые групповые программы в клинике алкоголизма. – М.: Ж.Вопросы наркологии. – 1998.
2. Батищев В.В., Негериш Н.В. Миннесотская модель лечения больных зависимостью от психоактивных веществ. – М.: Ж. Вопросы наркологии. – 1999.
3. Батищев В.В., Негериш Н.В. Основные принципы построения программы терапии зависимостей. – М.: Ж. Алкогольная болезнь. – 1999.
4. Батищев В.В., Негериш Н.В. Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от ПАВ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение. НИИН. – М., 2001.
5. Берн Э. Трансактный анализ и психотерапия. – СПб, 1992.
6. Браун Д., Педдер Д. Введение в психотерапию: принципы и практика психодинамики. – М., 1998.
7. Двенадцать Шагов и Двенадцать традиций. – Нью-Йорк, 1989, 2000.
8. Ванкон И.Г. Социально-психологические аспекты реабилитации в группах с зависимостью от наркотических веществ. Автореферат. – Ярославль: МАПН, 2002.
9. Воронович Б. Терапевтическая программа отделения отвыкания от алкогольной зависимости и роль в ней бывших больных алкоголизмом. // Кустанай: Ж.: Вопросы наркологии и психиатрии. – 1991.
10. «Белая книга» – 12 шагов Анонимных Наркоманов, личные истории. – Чита, 2000.
11. Иванец Н.Н. Современная концепция терапии наркологических заболеваний. // Лекции по клинической наркологии. – М.: НАН, 1995.
12. Морозов В.М., Дебольский М.Г., Ковалев О.Г., Морозов А.М., Хачатурян С.Д. Организация работы психологической службы пенитенциарных учреждений ФРГ: Учеб. пособие / ВЮИ Минюста России. – Владимир, 2000.
13. Нарахно К. Гештальттерапия. – Воронеж, 1995.
14. Негериш Н.В. Основные принципы и приемы проведения групповой психотерапии больных зависимостью от ПАВ. – М: Ж. Вопросы наркологии. – 1999. – № 2.
15. Осятынский В. О преступления и наказаниях. – Варшава: Фонд С. Батори, 2003.
14. Роджерс К. О групповой психотерапии. – М., 1993.
15. Рудестам К. Групповая психотерапия. – М., 1993.
16. Фопель К. Психологические группы. – М., 2000.

Раздел V

Зависимость и выздоровление глазами пациента

Введение

Здравствуйте, уважаемые читатели. Если вы держите в руках эту книгу, значит проблема зависимости, так или иначе, присутствует в вашей жизни. Если нет, то, возможно, она вам будет интересна в познавательных целях. Цель этой книги предоставить информацию о сути зависимости, зависимых формах поведения, о причинах их возникновения, протекания и возможных способах преодоления от простой банальной детоксикации, до всемирно известных подходов в реабилитации химических зависимостей. В ней мы постараемся, учитывая не только знания, но и личный опыт, рассказать о практической стороне этих программ. Хотя зачастую речь о реабилитации не идет совсем. Реабилитация подразумевает восстановление. А возраст многих наркозависимых, в котором они начинали употреблять психоактивные вещества, не позволил им сформироваться как личностям, не позволил научиться общаться с другими, не позволил определить цели, ценности и приоритеты в жизни. Им никто не объяснил важность понимания своих чувств. Важность проживания боли и кризисных ситуаций. Они не успели сформировать стержень своего мировоззрения.

Именно в виду этого, им просто нечего восстанавливать. И в таком случае, речь уже идет не о реабилитации, а о формировании навыков и умений. О создании шкалы ценностей и умении расставлять приоритеты в своей жизни. Об умении думать и делать выводы, анализировать и выбирать.

Эта книга предназначена для широкого круга читателей. Для подростков, которые только сталкиваются с искушением попробовать алкоголь или наркотики. Для тех, кто употребляет вещества регулярно. Для тех, кто давно «сидит на системе» и уже забыл, что значит не употреблять. Для самих потребителей и их родных и близких: мам, отцов, жен, сестер и братьев. Для всех тех, кто собирается и прилагает все усилия, чтобы помочь своим родным.

Возможно, эта книга даст вам повод для размышления и остановит от первого употребления, возможно, позволит прекратить употребление, возможно, научит правильно помогать другим, не разрушая при этом себя.

Мы постараемся не только дать информацию и знания о природе зависимости, но и поделимся личным опытом. Важно, чтобы информация, которую вы почерпнете в этой книге, могла быть применена вами на практике. Так как мы уверены, что знать и не делать - все равно, что не знать!

Авторам этой книги повезло больше, чем большинству из химически зависимых. (По статистике Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) без посторонней и квалифицированной, комплексной помощи погибает 96 из 100 зависимых).

Мы, благодаря вмешательству судьбы, родных, высших сил, обстоятельств и помощи извне, остались в живых и прекратили употребление. Мы знаем проблему изнутри, так как имеем личный опыт употребления, со всеми вытекающими последствиями. Мы знаем, что нужно делать для того, чтобы не употреблять и при этом чувствовать себя счастливыми. В полной мере, проживая всю гамму чувств и переживаний. Мы научились получать все то, что нам давали вещества, без них. Научились решать свои проблемы, терять и находить, жить, а не выживать. Мы знаем о проблеме, как специалисты, прошедшие подготовку и обучение в этой области.

Именно этим опытом и знаниями мы и хотим поделиться с вами в этой книге.

Так как книга рассчитана на широкий круг читателей, мы постараемся, чтобы информация в этой книге была изложена простым и доступным языком. И если мы будем использовать специфические термины, то будем их тут же переводить на простой, «русский» язык. Мы очень надеемся, что эта книга поможет, а возможно, и спасет жизнь хоть одному человеку. Этого минимума будет достаточно для того, чтобы получить удовлетворение от проделанной работы. С чувством глубокого уважения к каждому читателю и его выбору: как прожить и на что потратить свою жизнь, авторы. Мы не претендуем на знание истины, мы просто хотим вместе с вами порассуждать на тему зависимости и возможных вариантов помощи зависимым.

Глава 1. Потребности человека и их удовлетворение. Зависимы ли мы изначально? Разрушающие зависимости

Темой нашего изучения, в первую очередь, станет человек в контексте зависимости как таковой. В первую очередь нам нужно определиться с термином «Зависимость». Зависимы ли мы изначально и от чего? А от чего мы не зависимы?

Изначально, еще находясь в утробе матери, мы целиком и полностью зависим от нее. Мы растем, формируемся, используя питательные вещества, что дает нам мать. Рождаясь, мы попадаем в большой и неуютный мир и попадаем в зависимость от еды, воздуха, других значимых людей, тепла и комфорта. Чем больше мы вырастаем, тем большее количество зависимостей окружает нас в повседневной жизни. Следовательно, мы зависимы изначально! От момента нашего зачатия и до последнего вздоха, так как трудно представить себе человека, который бы смог выжить без удовлетворения элементарных потребностей в воде, пищи, воздухе, сексе. О том же самом нам говорит и так называемая «Пирамида Маслоу».

Маслоу - известный психолог, новаторство исследования которого состояло в том, что он стал изучать не патологические, нездоровые личности, в отличие от большинства своих коллег, а личности, которые полностью реализовались в жизни. Успешные и процветающие. Внесшие огромный вклад в развитие человечества. Именно изучение здоровых личностей позволило ему описать иерархию потребностей, на которую опирались эти личности в процессе своего развития. Постепенно удовлетворяя свои потребности, эти люди достигали невероятных достижений в своей жизни. Получая от нее полнейшее удовлетворение, и практически не нуждались в искусственном стимулировании извне.

1. К ***первичным потребностям*** Маслоу отнес так называемые ***витальные потребности*** - потребность в пище, воздухе, воде и сексе. Секс важен, так как без него возникновение человека невозможно. Без удовлетворения этих потребностей каждый из нас попросту бы погиб как физиологический организм.
2. К ***вторичным потребностям*** Маслоу отнес ***потребность в безопасности***. Потребность в защите, жилье, тепле, одежде, возможности защищать свою территорию и отстаивать свои границы. Для каждого из нас важно иметь одежду, очаг, защищенное помещение, в котором он является хозяином и может не опасаться вторжения на свою территорию.
3. К следующему, ***третьему уровню*** в этой иерархии Маслоу отнес ***социальные потребности***. Возможность состояться как уважаемый человек, как профессионал в своем деле, получить признание семьи, родителей, общества, занимать важное положение и влиять на развитие своего социума. Будь то совет дома или Государственная дума. Стать значимым в глазах других имеет огромное значение для каждого из нас. От этого напрямую зависят и самоуважение и самооценка человека.
4. К ***четвертому уровню*** в иерархии Маслоу отнес ***самореализацию личности***. Когда все предыдущие потребности полностью удовлетворены, у человека появляется возможность реализовывать себя в творчестве. И оно может быть разнообразным. Культурные потребности,

хобби, развитие своего творческого потенциала. Нет ни одного человека, в котором не было бы изначально заложено потенциала. Развитие талантов, развитие чувства прекрасного и гармонии присуще каждому.

5. И к ***верховным***, стоящим во главе пирамиды потребностей, относятся ***потребности в духовной жизни***. Быть частью чего-то намного большего, чем сам человек. Некой глобальной идеи, превышающей все допустимые рамки. Исповедовать и разделять с другими некие моральные и нравственные ценности. Верить в нечто чудесное и необъяснимое. В сказочное, любящее и заботливое. И соответственно жить, применяя эти принципы в своей жизни.

Если вписать в эту пирамиду потребностей человека, то можно легко представить, как он постепенно распрямляется, постепенно удовлетворяя свои потребности снизу вверх. Для человека в принципе достаточно, чтобы были удовлетворены витальные и духовные потребности. Это позволяет стоять человеку. Вера в нечто большее и все, что необходимо для выживания, достаточно, чтобы личность могла жить, постепенно восполняя пробелы в других сферах.

В дальнейшем мы еще вернемся к удовлетворению этих потребностей, когда будем обсуждать причины, которые приводят человека к употреблению химически активных веществ.

Итак, возвращаясь к вопросу «зависимости – независимости», мы приходим к убеждению, что человек зависим изначально! Это данность, с которой мы приходим в этот мир и проживаем свою жизнь.

Зависимости, от которых зависит наше выживание, мы рассматривать не будем. В наши задачи входит рассмотрение ***разрушающих, деструктивных зависимостей***. И такой зависимостью может стать любая позитивная зависимость. Рассмотрим простой пример.

Еда. Пока человек при помощи пищи утоляет голод и употребляет пищу только для того, что бы дать организму питательные вещества для роста, эта зависимость от еды помогает человеку выжить. Как только человек начинает употреблять еду для того, чтобы получить удовольствие, «заедает» своё эмоциональное состояние, не может остановиться и делает это с завидным постоянством, невзирая на последствия, можно рассматривать это как деструктивную зависимость. Человек начинает есть при каждом переживании, тем самым избегая и не проживая его. Как следствие, переедание и проблемы с весом, другими жизненно важными органами (печень, сердце, почки).

Объектом деструктивной зависимости может стать любая позитивная зависимость в ее крайнем проявлении. Секс. Интернет. Азартные игры (лудомания, геймерство). Яркие чувства (Эмоциональная нестабильность). Другой человек (Созависимость). Работа (Работоголизм). Алкоголь (Алкоголизм). Наркотики (Наркомания). Власть. Телевизор. Хобби. Курение (Табакокурение) и так далее. Этот список можно продлевать до бесконечности. Если мы разместим их на рисунке «Веера зависимости» от наиболее распространенной (табакокурение), до самой глобальной (зависимости от власти над другими людьми), то эта концепция станет очевидной.

В принципе, можно рассматривать как зависимость и профессиональный спорт, и увлечения экстремальными видами спорта (зависимость от адреналина, который вырабатывается в стрессовых ситуациях). Достаточно большое число зависимостей имеют в нашей стране социальное одобрение.

Взять «трудоголизм». Отец или мать с утра до вечера пропадают на работе. Ни на что другое просто не остается: ни сил, ни времени. Все это оправдывается тем, что они являются кормильцами. Более того, портрет человека висит на «Доске почета». Человек получает награды и премии. Его приводят в пример, и т.д... Но все остальные жизненно важные сферы страдают. И такая форма поведения неизбежно приводит к проблемам в них. Страдает и здоровье, и психика, и семья.

Либо возьмем зависимость от другого, глубоко любимого, человека. Так называемую «Созависимость». Безраздельная, всепоглощающая любовь к другому человеку. Такая «любовь» не просто

поощряется, она воспевается в песнях и стихах. О ней слагают легенды и эпосы. Ее воспевает не только народ, но и великие писатели и поэты.

Такая модель семейных отношений впитывается с молоком матери. И несмотря на то, что один из супругов постоянно может страдать, он изо всех сил старается сохранить и спасти эти болезненные отношения. Потому что для него партнер становится не просто любимым человеком, а объектом зависимости. Вся его жизнь концентрируется на жизни зависимого. И он действительно не может иначе! Так как если перестать жить жизнью и проблемами другого человека, придется решать свои проблемы. Но к обсуждению этого вопроса мы еще вернемся, когда будем рассматривать проблему «Дисфункциональных семей».

Если мы пойдем дальше и вернемся к теме химической зависимости, то, рассматривая употребление алкоголя в обществе, мы увидим, что употребляет практически 99,9 % взрослого населения. Но зависимыми из них становятся всего лишь 25 – 30 % от общего числа употребляющих. Умеренное и контролируемое употребление алкоголя «по поводу и для здоровья» не делает человека зависимым. Достаточно большое количество людей периодически выпивают, и это никак не влияет на их жизнь. Часть из употребляющих, впервые столкнувшись с негативными последствиями употребления (похмельный синдром, неуправляемое поведение), тут же перестают употреблять.

Отличие зависимого человека от независимого состоит в том, что зависимый человек продолжает употреблять, невзирая на негативные последствия от употребления и самостоятельно не может остановиться. Если ему удается остановиться на время, то через какое-то время следует «срыв». И так долгие годы.

Самый простой и примитивный тест на наличие предпосылок к зависимости является попытки умерить и контролировать свое употребление. Не зависимому человеку, у которого не возникает трудностей, даже не придет в голову пить меньше, пить только по выходным или только по праздникам. Ему нет необходимости контролировать количество и частоту потребляемого вещества.

Итак, чем же отличается деструктивная зависимость от позитивной зависимости?

Если рассматривать перечень зависимостей, то наркомания и алкоголизм всего лишь два вида деструктивных зависимостей из нескольких десятков других. Единственное, что отличает их от других зависимостей, очевидность и болезненность последствий от употребления как для самого больного, так и для окружающих.

То, что мы выяснили с вами, это наличие негативных и разрушительных последствий. То есть, говоря простым языком – боли! И она не только физическая, а, в большинстве случаев, душевная и психологическая. Разрушение жизни в комплексе. Проблемы в разных сферах жизнедеятельности, напрямую связанные с употреблением и являющиеся последствиями оного.

Глава 2. Гомеостазис. Стремление к равновесию и гармонии

Еще одним важным моментом в употреблении чего бы то ни было является то, что это позволяет быстрым и, в первое время, наименее затратным способом удовлетворить потребности и привести человека в равновесие или к душевному покою. Восстановить и почувствовать гармонию с собой, окружающими и миром в целом. Как называет употребление один из видных деятелей реабилитационных программ Отец Мартин: «Употребление - это вход в рай с черного входа!».

Все в мире стремится к равновесию. Если мы возьмем маятник с подвешенным к нему на веревочке грузом, то некоторое время, покачавшись, он вернется в равновесие. Если воздействовать на него через какое-то время, то маятник опять выйдет из равновесия, но через время вернется

обратно. То же самое происходит и с человеком. Каждый из нас стремится приемлемыми для него способами вернуть себе равновесие (душевный покой).

Говоря о равновесии, мы имеем в виду такое состояние души, психики, социального благополучия и физического здоровья, в котором человек активен и способен принимать адекватные решения и приводить их в исполнение. Ничего общего с «обломовщиной» и праздным прозябанием это состояние не имеет.

Достаточно много сил воздействует на нас извне, выводя из равновесия. Проблемы в семье и на работе, необходимость приспосабливаться к изменяющимся условиям жизни, бороться за свое существование, получать одобрение от других, заботиться об окружающих. Тысячи других задач, которые ежедневно ставит перед нами жизнь. И для того, чтобы возвращать себе равновесие в таких условиях человеку требуется очень много сил и ресурсов.

Приходиться решать эти задачи, преодолевать трудности, расти духовно и физически, проживать болезненные и рутинные чувства, напрягаться, завоевывать свое место под солнцем. Конкурировать с другими людьми и поднимать свою самооценку. И каждый выбирает наиболее доступные и приемлемые для него способы адаптации. В том числе и ослабление напряжения при помощи химических веществ.

Зачастую, когда человек впервые пробует алкоголь или наркотики, он получает то, что так давно ждал и искал. «Таблетку» от всех проблем и бед. Волшебное средство, которое в считанные минуты позволяет ему почувствовать ту самую гармонию с собой и миром. И этот навык навсегда закрепляется в сознании человека.

Делая вывод из вышесказанного, мы приходим к тому, что употребление ПАВ является одним из самых быстрых адаптивных механизмов в жизнедеятельности человека.

Человек склонен верить своему опыту. А опыт в данном случае говорит о том, что когда он употребляет, то ему, пусть на время, но становится лучше. И в этом заключается «бесплатный сыр в мышеловке». По всей видимости, мы подошли к тому моменту, когда нужно рассказать об экспериментах Джеймса Олдса.

Краткая справка. Джеймс Олдс. Нейрофизиолог. Проводя эксперименты по изучению функций отдельных частей мозга ,Олдс вводил в мозг крысы электроды и подавал слабые разряды тока, наблюдая, как это отражается на ее поведении. И однажды, по чистой случайности, он обнаружил такой участок в мозге, раздражение которого, вызывало у крысы состояние эйфории. Впоследствии этот участок мозга был назван центром удовлетворенности. Это место, где вырабатывались дофамин, серотонин и другие медиаторы, отвечающие за преодоление стрессов человеком и за возвращение ему равновесия.

Олдс пошел дальше. При помощи нехитрого устройства, он позволил крысе самой стимулировать этот центр. И крыса стала делать это все чаще и чаще. Нужно отметить, что крысы - достаточно социализированные существа с четкой структурой и иерархией власти, с распределением ролей в своей популяции. Как только крыса получила возможность доставлять себе приятные ощущения при помощи стимуляции центра удовлетворенности, она перестала есть, обращать внимание на страх и боль, на особей противоположного пола, перестала быть социально активной. В конце концов, она просто ежесекундно стимулировала этот участок мозга, пока не погибла от истощения. Ничего не могло оторвать ее от этого. Для нее это и была «таблетка», которая в одну секунду решала все ее проблемы, самым доступным и быстрым способом вернуть себе равновесие.

Точно по такому же принципу развивается зависимое поведение. Рано или поздно, человек перестает интересоваться другими сферами жизни, и все больше времени проводит за «любимым занятием». За тем, что доставляет ему наибольшие переживания неги и радости и возвращает к душевному покою и гармонии. Зависимый человек, принимая вещество, удовлетворяет все свои потребности одновременно. Либо они его попросту перестают интересовать. Становятся лишними. ***В шкале приоритетов и ценностей на первое место выходит зависимое поведение либо объект зависимости***.

Итак, мы рассмотрели с вами два таких важных для понимания сути химической зависимости понятия, как:

1. Потребности и их удовлетворение.
2. Вечное стремление организма и мира к восстановлению равновесия (Гомеостазис).

Для того, чтобы идти дальше в понимании заболевания нам необходимо разобраться с еще двумя понятиями. Это - «выбор» и «ответственность за выбор». Без понимания и принятия на себя ответственности за все свои выборы в этой жизни, практически невозможно изменить что-либо. Если мы будем продолжать обвинять места, других людей и прочие обстоятельства в том, что с нами происходит, мы обречены на постепенное разрушение, чувство злости на весь мир, неудовлетворенность и одиночество.

Глава 3. Свобода, выбор и ответственность. Анализ

В этой части нашего повествования мы поговорим о таких понятиях, как: свобода, выбор и ответственность. Цель этой главы разобраться с ними, осмыслить их и понять, важны ли они в контексте выздоровления от наркомании и алкоголизма.

Кто-то понимает свободу как анархию. Кто-то - как возможность делать то, что он считает нужным. Не соблюдая никаких правил и не придерживаясь каких бы то ни было границ. При слове «свобода» в голове сразу рисуются картинки бандитской вольницы, дикого Запада, пиратов и прочих, и прочих авантюристов. Свобода - это то, чем дорожит, казалось бы, каждый.

Каждый человек жаждет свободы! И осознанно, и неосознанно стремится к ней. И вот что важно - единственное от чего мы не свободны, это и есть свобода. Свобода выбора и волеизъявления. Мы обречены на нее. Каждый миг своего существования мы делаем осознанный или неосознанный выбор. Какие сигареты курить, с какой ноги встать, с кем общаться, как относиться к окружающему миру и т.д. Т.е., каждый из нас является творцом своего мира, осмысливая с самого детства все, что его окружает. Так у человека формируется его мировоззрение.

Сталкиваясь с чем-то неизвестным, каждый из нас пытается осмыслить происходящее: увиденное или услышанное. Осмыслить и увязать со своей картиной мира. Осмыслить, чтобы встроить новую информацию в свое понимание окружающей действительности. И в этом мы свободны. Свободны в том, как мы осмысляем полученные знания и опыт. Свободны встраивать их в свою картинку или отбросить.

«Человек - это существо с перспективой быть Богом», то есть существо, способное творить мир вокруг себя, творить свою судьбу. Становится очень страшно, если ощущать свое существование и мир таким образом. Словно под ногами разверзлась бездна. Нет ничего, и я единственный творец всего, что вижу, слышу, чувствую.

Если рассмотреть такой глобальный пример, как распад СССР. Тоталитарное государство, где вся ответственность с самого раннего детства граждан и до их похорон, целиком и полностью лежала на государстве. Расписано было все. Все обязательства гражданина перед народом и государством в целом. Многие бежали на запад. И столкнувшись со свободой и ее прямым продолжением ответственности за свой выбор, вынуждены были либо занимать активную позицию, либо скатывались на дно в ностальгии по уютному и стабильному СССР. Тоже самое произошло и с развалом Союза. Народ получил свободу! Долгожданную свободу от указаний партии. Часть народа, которая смогла понять и взять на себя ответственность за свою свободу и жизнь, заняла активную позицию. Стала что-то предпринимать и развиваться. Часть испугалась свободы, и ей захотелось обратно в тоталитаризм. В жесткие и структурированные условия клетки. С плановой и усредненной кормежкой по часам. Тоже самое происходит и с заключенными, которые провели в условиях заключения много времени. Они привыкли к «не свободе». Привыкли, что за них делается выбор: когда и что им есть, что носить и когда укладываться спать. И, наконец, получив долгожданную свободу, они не знают, что с ней делать! Не знают, как ей распорядиться!

Страшно осознавать все бремя ответственности, которая ложится на плечи человека, если ощущать мир именно таким образом. С полным осознанием и пониманием своей ответственности за каждый вздох, за каждый шаг и слово в нем! Более того, если идти дальше, то выходит, что человек полностью ответственен не только за свои действия, но и за бездействие.

Весь мир всей своей тяжестью обрушивается на каждого из нас. Давит на наши плечи. Неминуемо напоминая и возвращая нам нашу ответственность за нахождение в нем. Ответственность означает авторство. Быть ответственным - это значит осознавать себя неоспоримым автором события или вещи, своей судьбы, своих жизненных неприятностей, своих чувств и страданий.

Помочь человеку невозможно, если он не берет ответственность за свое выздоровление и продолжает обвинять обстоятельства, людей, судьбу и т.д. в своих бедах. То есть сознательно или не осознанно выбирает роль жертвы. Видимо, таким образом избегая ответственности, наша психика борется с тем самым грузом, который возлагает на наши плечи свобода. Избегая осознавать свое авторство, мы тем самым защищаем себя от бремени свободы.

Свобода выбора и ответственность за него - это действительно бремя, но только оно делает человека воистину свободным, делает его хозяином своей судьбы. Творцом своей реальности. Неповторимой и единственной в своем роде индивидуальной реальности.

Те, у кого нет своей реальности, склонны повторять чужие мысли, присоединяться к чужому мировоззрению. Творить себе кумиров и «лжебогов».

Люди осознанно и неосознанно избегают свободы и ответственности. Так давайте рассмотрим основные защиты, которые используют люди, чтобы избежать личной ответственности.

- ***Компульсивность.*** Необдуманные, неосознанные действия. Полное вытеснение осознания своей ответственности. Пример: «Что-то сделал, а зачем не знаю!».
- ***Перекладывание ответственности.*** Позиция жертвы. Жертвы других обстоятельств, судьбы, страны и т.д. Тысячи всевозможных объяснений. Пример: «Эх! Если бы я родился не тут, меня по-другому воспитали, у меня была бы другая работа...»
- ***Избегание самостоятельного поведения.*** Многие знают, что и как нужно делать, но не делают. Для того, чтобы произошли изменения, вам необходимо взять на себя смелость и ответственность предпринять действия. Как говорится в старой народной пословице: «На Бога надейся, а сам не плошай»! Вам необходимо взять на себя ответственность и просто попробовать, получить опыт и ощутить результат.

Какой из всего вышесказанного следует вывод? ***Принятие личной ответственности - это необходимая предпосылка эффективных изменений в вашей жизни.*** Без этого помочь себе и, тем более, вашим родным невозможно. Пока человек верит в то, что его ситуация порождается некой внешней Силой, какой смысл стремиться к ее изменению? Если ничего не зависит от меня лично, то зачем вообще что-либо предпринимать?!

Речь идет о том, чтобы взглянуть в лицо своей личной ответственности за свой выбор, свою жизнь и процесс ее изменения. Дело в том, что осознаванию ответственности неизменно сопутствует страх пустоты. Пример: Выбор супруга. Проблема выбора не только в том, чтобы выбрать кого-то одного конкретно. Проблема выбора состоит в том, чтобы отказаться от всех остальных миллиардов вариантов. Выбирая одного, мы автоматически отказываемся от всех остальных.

Наглядно выбор и его проблему можно отобразить как движение по дороге, которая пересекается с другими дорогами.

Первый вариант. Движение всегда по «главной». Не переживать в памяти дороги, по которым не поехал и которые больше никогда не увидишь.

Вариант два. Сидеть на перекрестке и ждать, когда две, три дороги сольются в одну, не выбирая ни одну из них. Как «Буриданов осел», который из двух равноудаленных от него стогов сена с одинаковыми вкусовыми свойствами не смог выбрать ни одного и умер от голода.

Разум (зрелость) и мужество даны нам, чтобы мы могли отрекаться от других вариантов, делая свой выбор.

Мудрость же дана, чтобы мы могли находить и идти по дороге с наименьшим числом отречений. Для того, чтобы человек умел выбирать дорогу с наименьшим числом отречений и находил наилучший для себя путь, ему необходим такой навык как анализ. Либо самоанализ.

Этому тоже необходимо учиться. Из нашей практики работы с химически зависимыми мы знаем, что у большинства этот навык не сформирован. Зависимым характерны импульсивность (пришло в голову желание, сделал) или компульсивность (делают одни и те же действия и ждут другого результата).

Модель поведения достаточно проста. Пришло желание что-то сделать, и человек сразу его пытается воплотить в жизнь. Становится просто одержимым этой идеей. Пытается воплотить его в жизнь любой ценой и любыми средствами. И только после этого начинает анализировать. Обычно анализ сводиться к вопросу: «И зачем я это сделал?!».

Человек, у которого развита способность анализировать после того, как ему приходит желание что-то сделать, рассматривает все возможные варианты, взвешивает все плюсы и минусы каждого из них. Выбирает лучший из них и только после этого предпринимает планомерные действия. Но для хорошего анализа, нужен не только разум, но и хороший контакт с самим собой, со своими чувствами. К ним и их важности в жизни человека, и их важности в выздоровлении мы еще неоднократно вернемся позже.

Итак, подводя итог, можно сделать следующие выводы:

1. Мы не свободны только от свободы.
2. Каждый отвечает не только за свои действия, но и за бездействие.
3. Только ответственность за свой выбор делает человека воистину свободным.
4. Принятие личной ответственности - это необходимая предпосылка эффективного изменения своей жизни в лучшую сторону.
5. Важно быть в контакте с собой и развивать навык анализа происходящего.

И начинать выздоровление в семье необходимо с того, кто более осознан. Кто уже сегодня готов взять на себя ответственность за изменение ситуации. В большинстве случаев это родители и близкие зависимого человека. Но не торопитесь, ибо пословица: «Благими намерениями выслана дорога в ад» как нельзя лучше подходит к ситуации с зависимостью. Попробуйте, прежде чем переходить к активным действиям, дочитать текст книги до конца. И, возможно, вы сможете значительно улучшить свою искреннею помощь зависимому.

Глава 4. Био-психо-социо-духовная концепция заболевания

Теперь мы непосредственно перейдем к рассмотрению человека как сложного организма. Если теоретически разложить личность человека на некие составляющие, то мы увидим, что есть четыре основных сферы, которые тесно взаимосвязаны друг с другом, взаимодействуют между собой и взаимопроникают одна в другую. И изменение в одной из них неизменно влечет изменения во всех остальных. Так как человек - существо целостное.

Еще древнегреческий врач Гиппократ говорил, что человека, в первую очередь, необходимо лечить словом. А уж если не получается таким образом получить результат, то вмешиваться хирургически в жизнедеятельность организма или давать лекарства. Организм человека достаточно хорошо защищен, обладает огромным потенциалом и ресурсами для восстановления и самоизлечения.

В этой части мы рассмотрим основополагающие аспекты причин формирования и излечения зависимости с точки зрения «Био-психо-социо-духовной» модели заболевания. Несмотря на всю сложность реабилитации зависимости, при наличии комплексного подхода к лечению, возможно достичь стойкой, многолетней ремиссии.

Био-психо-социо-духовный подход в лечении любых заболеваний известен, как мы видим, еще со времен Гиппократа. Возможно, на протяжении многих веков этот подход лекари и врачи ис-

пользовали неосознанно. Само славянское слово «врач» происходит от глагола «врать». То есть говорить. Заговаривать. Но лишь в конце позапрошлого века он стал широко использоваться во многих странах для лечения расстройств психики и других функциональных заболеваний. Не стали исключением алкоголизм и наркомания.

Издревле человек сталкивался с задачами, решить которые в одиночку ему было не под силу. Такие задачи решались сообща, «всем миром». Объединив усилия отдельных членов сообщества, еще доисторические племена могли добывать себе крупную дичь. Запасать впрок продукты, отражать нападение более агрессивного противника.

Человек сложное существо, которое состоит не только из тела (биологической сферы), но и социальной сферы, психологической и духовной.

Очень важно понять: химическая зависимость – это ***болезнь***. Химическая зависимость (алкоголизм, наркомания, токсикомания и т.д.) – это хроническая, прогрессирующая болезнь, характеризующаяся потерей контроля перед употреблением алкоголя, наркотиков и другими психоактивными веществами.

Современной науке хорошо известно, что химическая зависимость – заболевание не только хроническое, прогрессирующее, но и неизлечимое. Неизлечимым же оно является не только потому, что на сегодня медицина не знает средств ликвидировать особенности обмена веществ в организме зависимого человека. Но при этом, можно научиться жить с зависимостью, как с диабетом, при этом не употреблять химически активные вещества и чувствовать себя вполне здоровым.

Неизлечимой химическая зависимость считается и потому, что больной не способен целиком избавиться от всех своих проблем: психологических, телесных и духовных. А ведь именно эти проблемы и являются причинами болезней, в том числе и наркомании. То есть невозможно выздороветь, но можно выздоравливать.

Прогрессирующая – это значит, что постепенно состояние зависимого только ухудшается с течением времени. И даже если человек какое-то время находится в ремиссии (не употребляет), это не значит, что у него восстанавливается способность контролировать употребление. При возобновлении употребления человек достаточно быстро возвращается к тем же дозам и частоте употребления. У него возникают те же проблемы, которые его преследовали перед началом ремиссии.

Хроническая – то есть заболевание не проходит со временем. И на данный момент нет радикального средства для его полного излечения.

Прогноз – в случае химической зависимости прогноз фатальный, если не лечить болезнь. Заболевание является смертельным. И дело даже не в том, что зависимый может погибнуть от дисфункции печени. Зависимые часто оканчивают жизнь самоубийством. Убивают других в бытовых разборках. Погибают в пожарах. Попадают в аварии и тысячи других смертельно опасных ситуаций.

Тенденция к возврату – высокая вероятность возврата к употреблению в том случае, когда зависимый прекращает заниматься комплексом мероприятий, направленных на рост личности, и занятий по программе выздоровления. Всегда остается возможность рецидива, более того, наиболее часто встречающейся формой течения зависимости является рецидивирующее течение. Причем в случае рецидива больной практически сразу возвращается к тому состоянию, в котором он прекратил злоупотребление.

Выздоровление, то есть качественная, полноценная жизнь без необходимости употребления ПАВ, возможно при условии соблюдения всех необходимых профилактических рекомендаций, направленных на поддержание стойкой ремиссии.

Болезнь происходит от слова боль. То есть употребление ПАВ рано или поздно привносит в жизнь зависимого проблемы, вызывающие душевную и физическую боль и дискомфорт во всех сферах жизни человека.

Понимание химической зависимости как болезни существует, по меньшей мере, с прошлого века, хотя в обыденном сознании все еще прочно засел стереотип, что если человек употребляет наркотики, то единственная причина этому – его «непутевость», слабая воля, безответственность или вообще порочность и склонность к преступному образу жизни.

О том, что такое поведение зачастую может быть проявлением болезни, нередко забывается. По большому счету, пока у человека нет выбора и альтернативы употреблению в виде лечения и прохождения реабилитации, у него практически мало шансов прекратить употребление.

Самый простой способ понять, есть ли у человека зависимость, попросить его не употреблять в течение месяца. Если человек может легко обходиться без алкоголя и наркотиков и это ему не стоит никаких усилий, то можно полагать, что он здоров.

4.1.Физическая зависимость (Био)

Это физиологическая потребность организма в очередной дозе наркотического вещества. Так как наркотик входит в процесс обмена веществ, то если это вещество перестает поступать в организм, человек переживает тяжелейшее состояние – абстиненцию.

И потребность в наркотике, и «ломка» в его отсутствии в этом случае никак не зависят от воли человека, от черт его характера или свойств его личности – точно так же, как, например, кашель больного туберкулезом не зависит от его желания и его воли.

Почему это так? Чтобы объяснить это, совершим небольшой экскурс в механизмы функционирования организма человека. Живой организм, в том числе организм человека, представляет собой сложную систему, работающую как единое целое. Эта система образована многими взаимодействующими уровнями: клетки в совокупности образуют ткани, из тканей сформированы органы, которые являются частями организма. Взаимосвязь и взаимодействие всех уровней и элементов этой сложнейшей системы в значительной мере осуществляется с помощью нервной системы. В нервной системе человека более 10 миллиардов нейронов. Между собой нейроны соединяются через так называемые синапсы.

Передача импульса в синапсе осуществляется с помощью особых веществ, вырабатываемых синоптическими окончаниями - нейромедиаторов. Один из медиаторов, который имеет особенно важное значение для понимания механизмов зависимости – это эндорфины. По своему действию эти вещества очень схожи с производными наркотического вещества – морфия. Например, они, как и морфины, имеют обезболивающий эффект.

Определенный уровень эндорфинов необходим для нормальной работы нервной системы, а значит и для нормального эмоционального самочувствия человека. При их нехватке настроение и активность человека снижены, человек чувствует себя некомфортно, беспокойно. А такая нехватка эндорфинов может возникать в силу разных причин.

У человека, предрасположенного к химической зависимости, уровень эндорфинов от рождения низкий. И зачастую такой человек впервые ощущает себя «в норме» лишь попробовав алкоголь или наркотик, потому что любое из наркотических веществ прямо или косвенно «нормализует» уровень эндорфинов. И он начинает использовать наркотики и алкоголь как лекарство от душевного дискомфорта все чаще и чаще. Если духовный или душевный строй такого человека принимает этот способ «нормализации» жизни, то очень скоро мы видим перед собой наркомана или алкоголика.

Так как при употреблении ПАВ происходит резкий выброс эндорфинов (эйфория, кайф), мозг начинает приспосабливаться к этому за счет увеличения количества воспринимающих эндорфины рецепторов. Более того, со временем все органы привыкают функционировать только при наличии высокого уровня этого вещества.

Так как мозг получает огромное количество морфинов извне (опиум, кодеин, героин, терпинкод) или привыкает к постоянной сильнейшей стимуляции (винт, кокаин, алкоголь), то со временем прекращает выработку собственных эндорфинов и других нейромедиаторов.

Как только вещество прекращает поступать, в организме происходит мощный сбой. Органы не могут нормально функционировать, а опустевшие рецепторы требуют новой дозы. Так как своих эндорфинов организм не вырабатывает, то человек попадает в тяжелейшее состояние – боли, глубокая депрессия, отсутствие сил, ощущение пустоты, бессмысленности и так далее.

Если прекратить прием химических веществ, то через какое-то время выработка собственных эндорфинов наладится. Но механизм зависимости уже запущен, и первая же доза вещества вызовет необратимую реакцию. Так как все ПАВ имеют схожее действие, то для химически зависимого человека невозможно употребление никаких химических веществ без последствий в виде зависимости.

Другими словами, если человек хоть однажды потерял контроль над веществом, но смог остановиться (состояние ремиссии), то даже единичное употребление, скорее всего, приведет его обратно к «системе» (систематическому и регулярному нарастающему употреблению веществ со всеми вытекающими отсюда последствиями).

Медицина пока не знает, как исправить такие нарушения обмена веществ. То есть мы не можем устранить биологические факторы, вызывавшие зависимость.

А это значит, что на сегодняшний день эти заболевания неизлечимы, так как вылечить зависимость означает сделать человека способным употреблять ПАВ, не попадая от них в зависимость и не ощущая никаких последствий от употребления.

НЕВОЗМОЖНО ХИМИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ ВЫЛЕЧИТЬ ХИМИЧЕСКУЮ ЗАВИСИМОСТЬ!

Попытки лечить недостаток одних веществ при помощи других химических веществ, изменяющих сознание, приводит к замене одной зависимости на другую, но никак не к выздоровлению. Пример тому попытки лечения опиатной зависимости при помощи кокаина Зигмундом Фрейдом. Попытки зависимых перейти с «тяжелых» на «легкие» вещества либо с наркотиков на алкоголь, обычно не приводят к каким-либо существенным изменениям в самочувствии и продолжительным ремиссиям.

Кодирование, «подшивка» и прочие запретительные меры приводят к обострению влечения и «тяги» у зависимого. Так как ни «подшивка», ни кодировка не восполняет недостаток у зависимого недостающих веществ. Его жизнь при дефиците и невозможности что-либо сделать превращается в пытку. Обычно зависимые пытаются «пробить» кодировку либо переходят на алкоголь или другие вещества, на которые кодировка не действует. И эти действия им диктуют попытки организма вернуть себе равновесие, которое раньше обеспечивали химические вещества.

4.2. Психологический аспект химической зависимости (Психо)

Что мы можем отнести к психологической сфере жизнедеятельности человека?

- ***Чувства, эмоции.*** Умение понимать, что с вами происходит и выражать их конструктивно. Безопасно для себя и окружающих.
- ***Сознание, интеллект.*** Умение мыслить самостоятельно и делать осознанный выбор.

Современная медицина научилась снимать абстиненцию. Беда, однако, в том, что нередко и самими наркоманами, и их родственниками, а иногда даже и «специалистами» такое временное облегчение принимается за лечение.

За это «лечение» платят огромные деньги, на него возлагают огромные надежды, но, увы, все это оказывается тщетным. Благополучно пережив «ломку», наркоман очень скоро снова возвращается к прежнему. Речь идет о детоксикации при помощи медикаментов.

Как правило, это происходит потому, что кроме физической, у человека формируется и психическая зависимость от наркотиков и алкоголя, то есть уже психологическая потребность в возвращении к состоянию наркотического опьянения. И это тоже проявление болезни. Но это проявление совсем не то же самое, что дурная привычка. И это очень важно иметь в виду! Проблема состоит не в том, чтобы прекратить прием наркотика и алкоголя, а в том, чтобы не возвращаться к ним опять и опять. «Один раз - это всегда слишком много. А тысяча раз - это всегда недостаточно!»

Это отнюдь не привычка. В отличие от просто дурной привычки, психическую зависимость невозможно преодолеть волевым усилием (также, как и проявление физической зависимости). Если вы больны гриппом, то вы не сможете усилием воли прекратить свой кашель. Употребление наркотиков - это следствие, а не причина. Хотя в дальнейшем это приводит к еще большим последствиям. Круг замыкается, и чтобы его разорвать, необходима помощь специалистов. И не одного доктора, а целый комплекс мероприятий, направленных на выздоровление.

Зависимость отличается от привычки тем, что зависимый человек уже не может без наркотика испытывать положительные эмоции, не может справляться с болезненными ситуациями, жить и общаться «на трезвую голову». Психическую зависимость преодолеть гораздо труднее, чем справиться с физической ломкой.

Как и любая болезнь, наркомания имеет свои предпосылки и проявления. От определенных взглядов и убеждений может зависеть: станет человек наркоманом или нет.

Некоторые психологические предпосылки к заболеванию:

- Низкая или, наоборот, завышенная самооценка.
- Сложности в общении. Неумение открыто и непринужденно общаться с другими.
- Психологические комплексы.
- Неумение справляться со своими чувствами. Невозможность осознать свои чувства.
- Высокий уровень внутреннего напряжения. Человеку плохо и он не понимает, что с ним, из-за чего возникает это напряжение.
- Склонность к рискованным ситуациям.

Проявления болезни на психологическом уровне:

- «Тоннельное» видение – все мысли прямо или косвенно сконцентрированы на употреблении.
- Избирательная память – помнятся только хорошие моменты из употребления, плохие быстро вытесняются и забываются.
- Нестабильное эмоциональное состояние – резкие переходы от бесчувствия к крайне интенсивным чувствам.
- Навязчивое желание употребить. Картинки из «сладких времен» употребления и предвкушение употребления.
- Провалы, ухудшение памяти.
- Душевные страдания при отсутствии наркотика.
- Отрицание проблем, связанных с употреблением, самой болезни.
- Нарушена причинно-следственная связь. «Все плохо в моей жизни, поэтому я употребляю наркотики». Вместо того, что «моя жизнь превратилась в помойку потому, что я употребляю наркотики».
  - У меня не такие серьезные проблемы, как у Васи, поэтому я не наркоман!
  - Я всего лишь (пью, курю анашу), а не колюсь.
  - Если нюхать, то не подсядешь.

И тысячи других отговорок. Так у наркомана и алкоголика формируется феномен **ОТРИЦАНИЯ**, который сам по себе является одним из симптомов химической зависимости.

- Неспособность адекватно воспринимать реальность.
- Ложь даже там, где проще сказать правду.

Даже после снятия ломки проблемы и разрушения на уровне психики остаются, и игнорирование этой сферы неизменно приводит к рецидиву.

4.3. Социальный аспект химической зависимости (Социо)

Человек – существо социальное. Все мы неотрывно связаны с социумом. Социум – это наша семья, друзья, коллеги, соседи, общество в целом. На социальном уровне тоже есть и предпосылки, и проявления наркомании. Мы рождаемся среди людей, проживаем среди них свою жизнь и покидаем этот мир.

Некоторые социальные предпосылки:

- Употребление химических веществ (алкоголь, табак) – традиционно и легально. Употребление – социальная норма, не нормально – не употреблять. Употребление поощряется и пропагандируется и средствами массовой информации, и средствами массовой культуры.
- Неполная семья, нездоровая атмосфера в семье (даже в полной).
- Зависимость в семье у других ее членов.
- Доступность веществ.
- Мода и ложные установки: «Если употребляешь, то ты крут! Ты мужик!»
- Реклама алкогольных напитков не только прямая, но и косвенная, например, реклама обезболивающих – таблетка от боли. Реклама, в которой говорится: «Если у вас боль, вы ее можете легко снять таким-то препаратом!». Установка на устранение следствия нездорового поведения - боли. Вместо устранения причин возникновения этой боли и обращения за помощью.
- Отсутствие четких жизненных ориентиров. Несформированные принципы, мировоззрение, цели и задачи. Отсутствие понимания смысла в жизни.
- Нет позитивного взрослого – здоровой модели поведения. Незрелость личности и неумение справляться с трудностями и проживать неприятные чувства и жизненные кризисы.

Социальные проявления:

- Изменение круга общения. Среди друзей и знакомых много употребляющих.
- Общество отвергает наркоманов и боится их.
- Неинтересно и ненужно общество. Изоляция и антисоциальное поведение.
- Отношения «ты мне – я тебе», манипуляции, обман.
- Аутичность, замкнутость и уход в себя.
- Потеря социальных навыков. Неумение решать элементарные социальные задачи.
- Окружающий мир воспринимается враждебно. Мир вокруг – опасен!
- Потеря друзей, знакомых и их доверия.
- Разрушение отношений в семье. Потеря семьи.
- Потеря работы, учебы, финансов и материальных ценностей.
- Преступления. Криминальный образ жизни и возведение его в культ.

Все это так же необходимо восстанавливать. А это очень долгий и трудный процесс, пройти который, имея больную психику, но не имея помощи – практически невозможно.

4.4. Духовный аспект химической зависимости

Но человек еще и духовное существо и имеет определенные духовные потребности. Подробнее мы будем говорить об этом позже.

Предпосылки к развитию наркомании на духовном уровне:

- Обществом декларируются одни ценности, а в реальности человек сталкивается с совершенно противоположными. «Двойной стандарт» морали и нравственности. Как следствие – нравственная дезориентация человека. Внутренний конфликт.
- Позиция взрослых по отношению к ребенку «Вот вырастешь... поступишь на работу... и так далее, вот тогда начнется жизнь». Нет жизни в настоящем. Неумение ценить жизнь. Непонимание ее важности и ценности.
- Ощущение бессмысленности жизни. Неумение формировать цели и задачи.
- Отсутствие интересов. Отсутствие шкалы внутренних ценностей, приоритетов. Ложные ориентиры и ценности.
- Нет своего места в мире, потерянность. Оторванность от других и мира в целом. Самоизоляция.
- Духовная пустота. Ориентация на неконструктивные и ложные установки и правила.
- Скука. Не сформировано мировоззрение.

Духовные последствия наркомании:

- Саморазрушение.
- Мысли или попытки суицида.
- Потеря интереса к жизни.
- Четкая негативная установка, что я жертва и самый несчастный человек. Обвинительная позиция по отношению к жизни.
- Потеря нравственных ценностей, деградация личности. Ориентация на ложные ценности.
- Самоуничижение. Чувство вины и стыда за себя.
- Безверие. Потеря контакта с гармонией и миром в целом.

Зависимая личность бессильна перед ПАВ, потому что физическое заболевание, которым она страдает, также влияет на нее психологически, социально и духовно. Она не может контролировать реакцию своего организма на прием ПАВ, она может только научиться справляться и жить с этим заболеванием.

Для того, чтобы помочь зависимому человеку прекратить прием наркотиков и алкоголя, необходим комплексный подход в решении его проблем. Просто детоксикация не дает практически никаких результатов.

Парадоксы химической зависимости:

Мы употребляли для радости, а стали несчастны.
Мы употребляли, чтобы стать общительными, а стали одинокими.
Мы употребляли, чтобы стать мудрыми, а стали невыносимыми.
Мы употребляли за дружбу, а стали врагами.
Мы употребляли, чтобы выспаться, а просыпались в крайней усталости.
Мы употребляли, чтобы обрести силу, а это ослабляло нас.
Мы употребляли, чтобы ощутить восторг, а это привело к депрессии.
Мы употребляли по медицинским показаниям, а заработали проблемы со здоровьем.
Мы употребляли, чтобы успокоиться, а все кончалось трясучкой. Мы употребляли, чтобы приобрести уверенность, а нам стало страшно.

Мы употребляли, чтобы легче текла беседа, но наша речь стала путанной, а слова – неразборчивыми.
Мы употребляли, чтобы сократить число наших проблем, а они множатся на наших глазах.
Мы употребляли, чтобы ощутить себя в раю, а оказались в аду.
Мы употребляли, чтобы быть умными, а погрузились в безумие.
Мы употребляли, чтобы обрести свободу, а оказались в зависимости от наркотиков и тюрьмах.
Мы употребляли, чтобы жить...

Глава 5. Подросток - кто он? Особенности подросткового возраста

Что значит - быть подростком? Отрочество - это период человеческой жизни, когда все перестраивается и перекраивается, когда рушится все старое и строится новое, когда все ставится под сомнение и, с другой стороны, во всем есть стопроцентная уверенность. Становясь взрослыми, мы с тоской вспоминаем романтические переживания нашей юности и снисходительно улыбаемся, замечая в наших детях когда-то присущий и нам максимализм, и стремление все сделать по-своему. Но тогда, в четырнадцать и семнадцать, все было по-настоящему. Мы считали предательство самым большим грехом, первую любовь - единственной, а прыщи на лице вызывали мысли о собственной никчемности. Быть подростком - это совсем не просто. Быть подростком - это трудная работа. Это период жизни, когда мы решаем очень многие и, наверное, самые важные задачи, стоящие перед личностью. Я и моя жизнь, Я и другие люди, Я и мир вокруг меня. Подросток должен разобраться со всеми этими отношениями, найти себя и свое место в этой жизни, ощутить свою целостность и способность жить. Массу трудностей, больших и маленьких, он вынужден преодолевать на этом пути, часто оставаясь в одиночестве без какой- либо поддержки со стороны близких людей. Быть подростком - это часто очень опасно, это баланс между желанием жить и умереть, желанием стать или сдаться. Способны ли мы понять подростка и помочь ему в борьбе за здоровое существование? Как нам услышать его и как достучаться до этого чуткого и одновременно жестокого к окружающим человечка, полного стремления покорить этот мир? Каков он - пятнадцатилетний гражданин, как он понимает этот мир и нас с вами заодно?

Он стремиться познать этот мир. Он хочет узнать все, любой ценой и прямо сейчас. Все потому, что не хочет ничего упустить (вдруг это самое главное в жизни). Любой ценой - потому что пока все равно непонятно, что, сколько стоит и есть ли ценность в человеческой жизни вообще. Прямо сейчас - потому что потом он не успеет, он живет только сейчас. У него нет будущего (и в этом он больше похож на ребенка чем на взрослого), он живет настоящим.

Он хочет узнать себя, понять, на что он способен, понять, насколько он ценен. Он хочет понять и оценить свое новое тело. Любая неудача, отвержение или недостаток обесценивают его в собственных глазах. Он хочет быть всем или не хочет быть вообще.

Он хочет узнать других и научиться жить среди людей. Он показывает себя другим и стремится найти или завоевать свое собственное место. Ему как воздух нужно уважение окружающих и он готов платить за него многим.

Он хочет оценить этот мир, эту жизнь и себя. Он хочет понять что важно, а что нет. Построить свою жизнь, основываясь на своих ценностях и убеждениях.

Почему он такой? Что происходит с человеком в этот период его развития? Какие поведенческие особенности подростка отражают его сущность? Вот основные особенности подросткового возраста с точки зрения физиологии и психологии.

Личность

Яркие физиологические изменения. Перестройка всех систем и органов. Изменение внешности. Обращение внимание на свое тело (оно заставляет обращать на себя внимание). Соотношение себя с другими. У кого мышцы больше? И не только мышцы... Кто сильнее и «круче»? А быть «крутым» - это значит не бояться, презирать чувство опасности и идти на неоправданный риск. Показывать демонстративно пренебрежение к нормам и жизни в целом.

Изменения сексуального статуса. Изменение чувствительности. Появление и формирование сексуальных влечений. Новые ощущения - новое отношение к себе. Ой, как необходимо привлечь внимание девчонок и в то же самое время остаться независимым. Соперничество молодых самцов. И тут можно использовать все доступные способы. Словесные и физические. Ум и безумие.

Сомнение в своей ценности и адекватности. Будут ли меня слышать? Всерьез ли принимают то, что я говорю? Имею ли я вообще право на свои убеждения и мысли? Не покажусь ли глупым, если выскажу их? Тысячи вопросов, на которые приходится ответить. А кому их задать? Кому доверять, а кому нет?

Ощущение необходимости строить собственное «Я». Такие глобальные и вечные вопросы. «Кто я?». «Зачем я здесь?». И ответы требуются немедленно! Как строить отношения с другими, чтоб быть частью большего и не слиться, а остаться индивидуальностью?

Необходимость обретения навыков взаимодействия с собой и со своими чувствами, решения личностных сложностей и проблем, отстаивания своего выбора и границ.

Отношение к миру

Изменения выталкивают его из уютной скорлупы детства и заставляют искать новую опору. Опора личности - иерархия ее жизненных ценностей. Приходиться искать то, что важно. То, что сделает этот, такой ненадежный мир, менее хаотичным. Для этого нужно во что-то верить! Что-то должно стать незыблемым и неизменным. Для того, чтобы не приходилось каждую секунду делать выбор и задавать себе сотни вопросов о правильности этого выбора.

Подросток начинает строить свою иерархию ценностей. Его не устраивает то, что предлагают ему взрослые - это возвращает его в тот мир, из которого он только что выбрался. Он должен проделать свою собственную работу по построению своей личности, иначе его крылья не окрепнут, (так называемая «реакция эмансипации»). Необходимо переосмыслить и прочувствовать на себе все то, что теоретически говорилось родителями и учителями. Переработать чужой опыт и присвоить его, но уже как свой собственный. А для этого нужно отринуть все! И прожить все заново.

Он начинает с разрушения - это отказ от того, что ему преподносят на блюдечке. Он как бы говорит нам – я сам, я хочу свое собственное, и отталкивает предлагаемое обществом и родителями блюдечко. Подросток, как и любой человек, хочет созидать и создать свой мир. Мир, который будет лучше прежнего. И кто, как не он сам, знает, как это сделать?!

Первая ценность для него - свобода. Свобода в понимании подростка - возможность делать то, что я хочу. Это необходимо, чтобы чувствовать себя автором, созидателем. Не побоюсь этого слова - Богом. Творцом своей реальности.

Стадия «экспериментаторского» отношения к миру. Эксперименты во всем и везде! И употребление химических веществ это один из экспериментов на этом этапе. Поиск новых, ярких и незабываемых переживаний и ощущений. И когда подросток получает их, он чувствует себя избранным и особенным. Он нашел то, что неведомо другим. Он смотрит на вас свысока, как не «продвинутого юзера». Он то теперь знает секрет этой жизни!

Ориентация на «западную» культуру. Для российского подростка эта культура представлена в основном видеофильмами и музыкальными течениями. Запад - символ свободы, а свобода - главная ценность. Это было заложено в незапамятные времена. Возможно еще в «допетровскую» эпоху. Царь Петр тоже был почти подростком, когда принес на бородатую, кафтанную Русь западные нравы.

Необходимость быть приверженным чему-то. Увлечение кумиром, спортом, собиранием, любым видом деятельности. Потребность иметь «конек» или идеал, принадлежать какому-то виду творчества или философии. Быть частью чего-то большего, чем сам. Это тоже связанно с желанием выделиться в особенную, не похожую на других, группу. Со своими ценностями, сленгом и формами поведения.

Необходимость овладения навыками отношения с миром, способами реагирования на окружающую среду. В процессе проб и ошибок, выкристаллизовывается личность. Ценности и «внутренний стержень» поведения. Хорошо, если подросток умеет анализировать и выбирать. А если его этому не учили? Все делали за него. Выбирали, как одеваться, что есть, где учиться. Родители принимали все трудности жизни на себя.

Пример. На одной из консультаций пришлось объяснять родителям, что их зависимому сыну необходимы навыки самостоятельной жизни. И на резонное замечание консультанта, что они не смогут его оберегать до пенсии от превратностей судьбы, родители, умиляясь, ответили: «Что вы, что вы... Мы его в детстве в «поролончик» заматывали, чтоб, не дай Бог, не ушибся Коленька». Коленьке необходимо было учиться выстраивать отношения с миром и жизнью самому. Своей чрезмерной опекой родители не давали ему взрослеть, и тем самым оказывали ему «медвежью услугу». Он не мог стать самостоятельным. Как только родителей бы не стало, а то и раньше, он бы погиб. Он не умел жить и решать задачи, которые ставит перед нами жизнь.

Отношение к другим

Ориентация на сверстников. Ему нужно общение, где его воспринимают как личность. Общение взрослого со взрослым, общение на равных. Только такое общение дает ему свободу построения собственной личности. Другие варианты воспринимаются как давление и вынуждают убегать дальше и дальше, разрушать больше и больше. Если вы хотите, чтоб ваш ребенок повзрослел, общайтесь с ним как со взрослым. Требуйте с него как с полноценного взрослого молодого человека.

Тенденция к образованию группировок (металлисты, панки, рэпперы, скинхеды, гопники, кислотники или рэйверы, роллеры, толкиенисты и многие другие). Принадлежность к некоторым группировкам определяет выбор того или иного наркотика и может являться фактором, способствующим формированию аддиктивного поведения.

Проблемы в семье. Родители, как самые близкие взрослые, отвечают за всю взрослую половину человечества, и большая часть протеста против мира взрослых ложится на их плечи. Да и самим родителям очень хочется видеть в своем ребенке не бунтаря и задиру, а полное выполнение всех своих несбывшихся некогда чаяний. И это только верхушка айсберга. А подросток хочет быть собой, хочет делать то, что он считает нужным и правильным. Обесценивает все то, что накоплено человечеством. Подростковый нигилизм и вера в свое бессмертие и правоту. Ему не нужен чужой, ему нужен свой собственный опыт! А если чужой, то какого-то авторитетного парня. Идеализированного «героя».

Необходимость овладения навыками взаимодействия с другими людьми, навыками общения, способами построения отношений и соблюдения границ. Завоевать свое место под солнцем, отстоять свое право быть! Постепенное овладение навыком не кидаться в крайности и агрессию, при первом подозрении на нарушение своих границ, а научиться слышать, строить диалог и искать обоюдовыгодный компромисс.

Факторы, способствующие формированию аддиктивного поведения

Приемлемость употребления ПАВ в культуре. Для детей употребление спиртных напитков – нормальное явление и символ приобщения к культуре взрослых, а употребление наркотиков – к подростковой культуре. То, что является нормой не вызывает опасения. Трудно ожидать другого выбора, им даже в голову не приходит, что в этом есть что-то неправильное. Подросток хочет при-

надлежать чему-то большему: группе или целой культуре. И он впитывает в себя все «реквизиты» этой культуры - будь это дворовая компания или целое молодежное музыкальное течение.

В подростковом возрасте возникает масса психологических трудностей (общение со сверстниками, с собой, с миром, со взрослыми, поиск смысла жизни и т.д.). Задача этого периода развития личности – научиться с ними справляться. Через это надо пройти. Это сложно и иногда больно. Если в этот момент подросток сталкивается с ПАВ, он получает опыт легкого пути для решения всех сложных и иногда не разрешимых задач. Например, он краснел и бледнел при одном взгляде симпатичной одноклассницы, а выпив баночку пива, ему ничего не стоит очаровательно шутить и говорить комплименты. Или ему казалось, что все вокруг обращают внимание на дефекты его внешности, а всего лишь одна затяжка марихуаны освобождает его от этого напрягающего ощущения. Вместо сложной внутренней работы, вместо изнурительного подъема по лестнице личностного роста - легкий путь на скоростном лифте. И человек очень быстро оказывается на психологических костылях, откинув которые он падает и не может идти по жизни. Употребление - это вход в рай с черного входа. И всегда за это приходиться расплачиваться ценой во много раз больше, чем за вход по лестнице роста.

Подростки не умеют ориентироваться на свои чувства, не доверяют им и часто даже не знают что это такое. Чувствовать - это удел слабаков и девочек. Но они очень остро чувствуют ложь и фальшь. Они чувствуют расхождение психологической реальности с тем, как ее нужно воспринимать (говорится одно, а происходит другое). Им хочется найти, сотворить другую реальность, наполненную настоящими и интенсивными чувствами. Алкоголь и наркотик – способ не играть в фальшивые игры взрослых, а построить свою, «честную» реальность.

Неспособность понять ценность отдельной личности, ее уникальности. Низкая самооценка, отсутствие самовосприятия, неспособность противостоять большинству, ценить собственную жизнь, выбор, здоровье. Подросток не боится за свою жизнь, ему гораздо больше хочется наполнить настоящий момент интенсивными переживаниями, чем влачить долгое, скучное и бессмысленное существование. «Экстрим», «альтернатива» - вот любимые слова подросткового сленга.

Часто родители привыкают к избыточной ответственности за жизнь ребенка, не обучая его самого отвечать за свою жизнь. Ребенок растет с ощущением, что не он сам решает проблемы, что есть что-то, что несет этот груз за него. Отсюда - невозможность сделать собственный выбор, желание найти что-то, на что можно опереться и куда можно уйти от проблем, не неся никакой ответственности.

Часто родители лишают своего ребенка прожить беззаботное детство и кладут на его плечи непосильное бремя ответственности за семью, за ее проблемы. Это другая крайность, благодаря которой подросток не успевает постепенно пройти все фазы созревания и роста.

- «Посмотрите, какой маленький, а уже как взрослый!»

Как правило, это происходит в неблагополучных дисфункциональных семьях. Такие дети прибегают к употреблению ПАВ, чтобы стряхнуть с себя тяжелую ношу и уйти в другую, более легкую реальность.

Личностные особенности, определяющие мотивацию при аддиктивном поведении:

- терпимость к отклонениям от социальных норм;
- недостаточная ориентация на достижение успеха личным трудом;
- оппозиционная настроенность в отношении основных социальных требований;
- склонность к депрессиям.

Можно выделить следующие мотивы начала злоупотребления ПАВ:

- желание не отстать, быть как все;
- стремление испытать новые ощущения;
- способ развлечения;
- завоевать престиж;

- заглушить внутренние противоречия;
- облегчить общение;
- возможность уйти от проблем;
- стимуляция фантазий;
- протест против поколения родителей;
- стимуляция творческих способностей;
- подражание кумирам;
- тысячи других, сугубо индивидуальных причин, чтоб употреблять химически активные вещества.

Причин, чтобы не употреблять намного меньше. Подростки не употребляют ПАВ потому, что:

Они боятся (родителей, милиции, учителей, смерти и зависимости). Для этого им необходимо, без морализаторства, давать знания о последствиях употребления. Не нужно давать им книги о том, как вещества действуют на психику. Обычно эти книги используются как призыв к действию и пособие по употреблению.

У них есть убеждения, что это не надо делать (они сами так решили, это их выбор). Доверяйте подросткам. Учите их выбирать и нести ответственность за свой выбор. Чтобы в один прекрасный момент не услышать упреков в том, что вы поломали им жизнь. Выбирая за них, вы берете ответственность за последствия на себя.

У них есть позитивный пример - уважаемый ими взрослый, разделяющий ценность здорового образа жизни. Не побоимся повториться. Хотите помочь своему ребенку, начните меняться с себя. Манипуляциями, угрозами и уговорами вы, скорее всего, ничего не добьетесь. Подросток может формально с вами согласиться, но сделает так, как считает нужным. Уговорами, угрозами и манипуляциями вы его подталкиваете к вранью и вынуждаете лгать вам.

Группа риска. Какие подростки с большей вероятностью начнут употреблять ПАВ:

Дети из семей, где кто-либо имел зависимость от ПАВ. Как правило, это семьи, где взрослые имеют проблемы с употреблением спиртных напитков и наркотических веществ и иногда это очень благополучные внешне семьи. Это генетический фактор наследования склонности к образованию зависимости о ПАВ.

Дети из дисфункциональных и конфликтных семей. Эти дети несут в себе комплекс психологических проблем, связанных с определенными правилами и ролевыми установками такой семьи, дети из таких семей несут в себе всю свою жизнь, где-то очень глубоко, тяжелые чувства. Чувства, которые когда-то возникли в ответ на ситуацию в семье, а потом стали движущими силами их дальнейшей жизни. Это такие чувства как вина, страх, обида и злость. Они не знают, что они есть, где они находятся и что делать с этими чувствами. Но именно сообразно с ними они строят свою дальнейшую жизнь, свои отношения с другими людьми с алкоголем и наркотиками.

Дети, живущие в неблагоприятных условиях и в условиях высокой распространенности употребления ПАВ.

Дети, пережившие насилие (эмоциональное, сексуальное, физическое).

Дети, имеющие личностные проблемы (ощущение несостоятельности, завышенные ожидания, насилие, отвержение, определенный тип акцентуации характера).

Для всех их химические вещества могут показаться именно той самой «волшебной таблеткой», которая решит их проблемы и избавит от боли. Позволит забыть об одиночестве, страхе, безысходности.

Наверное, теперь для вас очевидно, что сегодня более чем необходимо развитие системы мероприятий по оказанию общей психологической поддержки детей и подростков.

Во-первых, это помощь в решении тех личностных и социальных проблем, которые часто являются причиной начала употребления наркотических веществ и других форм проявления социально-психологической дезадаптации.

Во-вторых, это помощь детям и подросткам в их собственной борьбе по осознанию ответственности за выбор здорового образа жизни.

И, в-третьих, это создание доверительной и безопасной атмосферы для того, чтобы подростки не боялись обращаться за помощью к взрослым. Были для них друзьями и близкими.

Для того, чтобы полноценно использовать интеллектуальный и психологический потенциал имеющихся методических ресурсов и для того, чтобы на практике применить и распространить уже отработанные модели работы, необходимы реабилитационно - профилактические программы, направленные именно на подростков.

Многие, даже самые крайние нарушения поведения несовершеннолетних (за исключением случаев психических заболеваний), вызваны неправильным поведением родителей. Бывает, что родители не только некритичны к своим методам воспитания, но винят в этом самого ребенка или его сверстников, которые втянули его в плохую компанию. Виноваты все, кроме самих родителей: и школа «плохо воспитывает», и ребенок «трудный», и друзья «плохие»...

Глава 6. Краткая история потребления наркотиков

Наркотики (от греч. narkotikós - приводящий в оцепенение, одурманивающий) - группа веществ различной природы (растительного или синтетического происхождения), злоупотребление которыми приводит к развитию наркомании (Большая советская энциклопедия).

У людей тысячи причин чтобы употреблять вещества, изменяющие состояние сознания. Можно даже допустить, что у каждого свой комплекс причин (чаще всего это так и бывает), который приводит человека к употреблению. Каждый находит на первом этапе то вещество, которое наиболее удовлетворяет его потребности.

История употребления ПАВ уходит корнями в эпоху великого молчания. В дописьменную эпоху. По всей видимости, люди издревле употребляли ПАВ растительного происхождения. Знали их действие на человека и делали это не случайно. Культура наркопотребления формировалась вместе с человечеством.

«Психо» – по-гречески «душа, ум», «тропос» – «движение, изменение», «делиа» – «иллюзия». Действительно, главным свойством этих веществ является способность изменять сознание человека. Античные авторы лишь засвидетельствовали наличие куда более древней традиции. Об этом рассказывает известная, хотя и не совсем ясная запись греческого историка Геродота, за пять веков до н.э., описавшего скифские племена, кочевавшие между Доном и Дунаем, к северу от Черного моря. Геродот подивился их обычаю использовать зерна конопли (Cannabis sativa). Скифы не то принимали паровые ванны, бросая на раскаленные камни эти зерна, не то жгли их в костре, усевшись в круг, но так или иначе они пьянели, как от вина, и начинали петь и танцевать. Теперь каннабис называют марихуаной, и растет он в 120 странах, включая Россию.

Бесстрашные воины викингов – берсерки. Бесстрашием и нечувствительностью к боли и усталости во многом обязаны настойке из «мухоморов».

Употребление опиумного мака (Papaver somniferum) и его обезболивающие свойства были известны от Китая до Испании как минимум с 5000 года до Р.Х.

В Перу, к примеру, листья коки (Erythroxylum coca), жевали еще во времена Великого Инки, задолго до прихода Европейской цивилизации в Америку.

Колдуны, знахари и шаманы доисторических племен использовали свойства этих растений в медицинских и мистических целях. Достаточно вспомнить древнегреческий город Дельфы, куда ехали за предсказаниями со всей Греции. Девственницы – весталки, под воздействием газа, под-

нимающегося из расселин в скале под храмом, предсказывали и вершили судьбы всей цивилизованной части Европы и Средиземноморья.

Антропологические исследования позволяют утверждать, что алкоголь был известен людям испокон веков. Издревле он позволял людям расслабляться и избавляться от страха, снимал напряжение, затем он так прочно вошел в социальную жизнь, что стал частью многих ритуалов.

Алкоголь проник не только в социальные, но даже в религиозные ритуалы. Причащение без крови Христовой немыслимо. Так же он стал играть функцию расслабления и облегчения контакта с новыми людьми, помогая людям быть более откровенными, раскрепощенными и открытыми. А порою и более честными. «Что у трезвого на уме, то у пьяного на языке» – гласит народная мудрость.

Само слово алкоголь происходит, скорее всего, от арабских «аль-гоуль» (злой дух). Первые алкогольные напитки появились, скорее всего, случайно и непреднамеренно, в результате брожения и ферментации виноградного сока или других фруктов (вино). Либо в процессе ферментации ячменного зерна (пиво). Культура виноградарства, а затем и виноделия, возникла в Передней Азии на территории, расположенной между Кавказом, Черным и Каспийским морями, около 6000 лет до н.э. Несколько позднее оно проникло в Месопотамию и Египет. Об этом свидетельствует и клинопись V века до н.э., найденная в Месопотамии и Египетские папирусы, относящиеся примерно к 3500 году до н.э. Доподлинно известно, что властелин острова Крит примерно в 2400 году до н.э. ввел налог на вино.

Не подлежит сомнению, что с развитием алхимии способ получения алкоголя из вина и пшеницы стал известен во всей Европе. Во второй половине XVIII века французский врач Арнольд де Вилланова впервые применил алкоголь в качестве антисептического и обезболивающего средства.

Большинство современных наркотиков, приготовляемых химическим путем, имеют растительный прообраз, традиции употребления которого насчитывают много тысяч лет. Христианство в борьбе с язычеством и шаманизмом, неразрывно связанными с психоактивными веществами, подвергло их строжайшему запрету. Европейская цивилизация стала заново открывать для себя эти вещества в конце XVIII - начале XIX веков. А спустя сто лет начался фармацевтический бум. Выдающиеся врачи Европы надеялись, что синтез новых лекарств позволит совершить прорыв в терапии.

Изобретение шприца для инъекций, сделанное в 1853 году Шарлем-Габриэлем Правазом, открыло следующий этап в новейшей истории наркотиков. На самом деле шприц был придуман еще в 1647 году знаменитым Блезом Паскалем, но тогда не нашел применения. В 1843 году шотландский врач Александр Вуд стал применять для морфиновой анестезии шприц, который мало отличался от разработки Паскаля. 10 лет спустя Вуд совместно с Ш.-Г. Правазом, наконец, сконструировали механизм, которым пользуются и поныне. Действие веществ, попадавших прямо в кровь, усиливалось в несколько раз. Сегодня употребление наркотиков в первую очередь связывают с инъекциями, хотя их по-прежнему едят, пьют, нюхают и курят.

Нелегальный рынок наркотиков в своем нынешнем виде сложился не так уж давно, хотя наркоторговые предприятия появлялись еще в 20-30-е годы прошлого века. К примеру, знаменитая фирма армянского коммерсанта Закарьяна, которая возникла в Каире в 1925 году, под видом торговли коврами поставляла в Европу героин и морфий. А учреждение грека Элиопулоса, чья героиновая сеть считалась самой значительной в США и на Дальнем Востоке вплоть до войны, возникло в 1927 году. В период между двумя войнами закладывался фундамент будущей наркореволюции. Именно тогда стали появляться первые запреты на торговлю наркотиками, и ей занялась мафия.

В СССР внутренний рынок опиума стал складываться как минимум с середины 50-х годов. Тогда появились плантации мака в Куйбышевской (Самарской), Горьковской (Нижегородской) областях, в Татарии, не говоря уже о среднеазиатских республиках, где маковые головки использовались традиционно. В 60-е годы были созданы многогектарные плантации конопли в Краснодарском и Ставропольском краях, в Воронежской области. На Украине выращивают коноплю на экспорт, и сегодня страна экспортирует несколько тысяч тонн в год.

С проблемой опиумной зависимости первыми столкнулись регионы, примыкающие к областям возделывания и естественного произрастания растений, содержащих наркотики. В середине 70-х

в части регионов нашей страны наркомания была уже привычным, хотя и общественно неосознанным явлением. Но настоящая наркореволюция пришла к нам только в конце 80-х, 20 лет спустя после триумфального шествия по странам Запада.

В начале 90-х ситуация стала быстро меняться. Еще в середине 80-х в Ленинграде подпольные химики синтезировали «винт» - кустарный первитин. А уже из постсоветского Санкт-Петербурга психоделики, в том числе так называемая «питерская кислота», стали расходиться по всей России. Затем были обнаружены местные галлюциногенные грибы - сначала в Карелии, потом под Петербургом, в Калининградской области, чуть позже под Москвой. Тайные курьеры привозили ЛСД и экстази из Голландии, Польши, других стран. Производство амфетаминов было незаконно налажено и в независимой Латвии. С начала 90-х среди молодежи быстро распространилось увлечение кетамином, или калипсолом.

Если раньше употребление препаратов, изменяющих сознание, было уделом только маргинальных групп - криминального элемента, различных «неформалов» вроде панков или хиппи, энтузиастов-экспериментаторов, то теперь употребление наркотиков стало массовым. Поначалу вокруг всего этого царило нездоровое оживление, смешанное с полным непониманием. Наркоман был существом экзотическим и вызывал не ярость, а скорее жалость, смешанную с любопытством. Перелом наступил примерно в 1994 году, когда на рынке стал появляться героин, а Россия перестала быть территорией транзита наркотиков и превратилась в потребителя.

Какой вывод мы можем сделать из истории употребления наркотиков? Они были всегда. Всегда были люди, которые их употребляли и люди, которые попадали в зависимость от их свойств изменять состояние сознания и давать человеку яркие, не забываемые переживания. Успокаивать и на небольшое время избавиться от проблем.

Что же нам говорит история о способах решения проблемы злоупотребления психоактивными веществами? Уже издревле люди видели разрушающую силу алкоголя и других веществ. Еще в древние времена людей, которые злоупотребляли веществами, изгоняли из племени, наказывали, подвергали истязаниям. За табакокурение, в свое время, виновным рвали ноздри и ссылали их в Сибирь.

Глава 7. Основная информация о лечении зависимости

Если вы внимательно читали предыдущие главы, то понимаете, что для того, что бы перестать употреблять психоактивные вещества нужен комплексный подход и помощь зависимому во всех четырех сферах: биологической, психологической, социальной и духовной. Только **ДЕТОКСИКАЦИЯ**, уменьшение дозы, снятие абстинентного синдрома в большинстве случаев не дает продолжительной ремиссии, так как «ломка» и похмелье снимаются при помощи медикаментов, которые так же являются психоактивными веществами. То есть происходит смена химически активного препарата. На смену любимых веществ приходят вещества, прописанные медициной. Но суть зависимости от этого не меняется. Если бы все было так просто: почувствовал, что что-то в жизни не так, обратился в больницу, прошел детоксикацию и стал другим человеком.

Проблема зависимости не решается только медицинским путем. Если у человека не происходит изменений во всех сферах, то шансы на то, что он перестанет употреблять минимальные. Нужно понимать, что проблемы с химической зависимостью не решаются при помощи капельниц и таблеток. Это только первый этап в долгом пути выздоровления от зависимости.

В этой главе мы подробно остановимся на формировании психологической зависимости.

7.1. Формирование психологической зависимости

Цель: рассказать о формировании психической зависимости в процессе употребления ПАВ на примере истории зависимости потребителя наркотиков.

Задачи:

- познакомить с основными характеристиками заболевания.
- рассказать об эмоциональном синдроме.
- подробно рассмотреть этапы формирования эмоционального синдрома.

Одним из основных проявлений химической зависимости является эмоциональный синдром.

Эмоциональный синдром характеризуется тем, что человек избегает переживать эмоции (позитивные и негативные) и использует для этой цели алкоголь и, или наркотик, который дает ему эффект психологического комфорта, или «душевной анестезии». Так как эта стратегия приносит «успех», то алкоголь и, или наркотик, становится для него естественной частью его жизни, при этом доза алкоголя для получения аналогичного эффекта постоянно увеличивается. Затем человек вынужден употреблять постоянно для поддержания нормального эмоционального фона.

Эмоциональный синдром в процессе развития химической зависимости формируется постепенно. Но предпосылки для самой химической зависимости могут брать корни еще в детстве. Недостаток внимания и любви со стороны значимых взрослых. Не конструктивные, разрушающие стратегии адаптации в этом мире. Манипуляции ребенка родителями при помощи слез и криков, которые дают положительный результат. Вера ребенка в то, что он особенный и ему все дозволено. Неумение говорить нет ребенку приводит зачастую к тому, что он считает весь мир своим и сам не учится говорить и принимать отказ в чем-либо. Не умея проживать отказ, ребенок не учится проживать неприятные чувства и ищет любые способы подавления их не конструктивными способами: сладости, требования купить новые игрушки, компьютерные игры, фантазии. Таким образом, формируются избегающие стратегии поведения, которые в дальнейшем могут стать питательной средой для возникновения химической зависимости. Так как она сама по себе тоже является избегающей стратегией. Уход от реальности в мир иллюзий и эфемерного счастья. Еще одной предпосылкой для возникновения зависимости может послужить отсутствие четких ориентиров. Двойные послания, которые зачастую несут детям взрослые, приводят их в замешательство и формируют привычку врать и обманывать.

Взрослые часто устраивают дома шумные вечеринки с распитием алкоголя и курением. Выпив, становятся веселыми и шумными, играют с ребенком. При этом в остальное время говорят с ним о вреде алкоголя и сигарет. Ребенку внушают одно, а на деле он видит поведение, противоречащее словам значимых взрослых. И когда ребенок в такой семье начинает курить и выпивать, они удивляются. С чего бы это?!

Основное правило: если вы хотите помочь своему ребенку не употреблять, либо прекратить употребление, НАЧНИТЕ С СЕБЯ! Иначе он вам просто не поверит. Дети учатся не от наших слов, они считывают наше поведение. Понаблюдайте за ними, когда они играют во взрослых. Они не играют, они копируют нас и тренируются стать нами.

До начала употребления. 1973-1987 годы

Привет, меня звать Саня и я – наркоман. Когда я произношу это слово, я имею в виду, что, не смотря на то, что я не употребляю наркотики, таблетки, алкоголь и прочие психоактивные вещества более семи лет, я по-прежнему не могу их контролировать. И если я позволю себе употребить хоть раз, то это неизбежно, рано или поздно, приведет меня к запою или систематическому употреблению наркотиков. Я не подразделяю наркотики на легкие и тяжелые, на те, что продают на улице и разрешенные, на те, что продают в аптеках. Я зависим от всех видов веществ, изменяющих состояние сознания. Если не сказать больше. Я зависим и от многих других форм поведения, которые создают мне проблемы и разрушают мою жизнь. Но речь сегодня не об этом, а именно о химической зависимости.

Что я могу сказать о своем детстве?! Родился я в простой, «рабоче-крестьянской» семье. В самой замечательной стране в мире! В СССР! Мать моя была инженером на заводе, отец таксистом. Но, несмотря на это, рос я смышленым мальчиком. Воспитанием моим в основном занималась бабушка. Именно она дала мне основы понимания того, что такое хорошо и что такое плохо. Своих родителей в детстве я помню смутно. Помню четко два события. Бабуля пообещала показать мне диковинную зверушку, а привела к пьяному отцу, который сидел в луже собственной мочи. Был пьян по обыкновению, находясь в состоянии близком к коматозному. Я был разочарован! Эка невидаль?! Событие номер два - это серьезный разговор по душам, все с тем же отцом и матерью. Тогда я еще не понимал, что судьба нашей семьи решена. После этого разговора семьи, как таковой, не стало. Мы поехали на Север, куда уехал отец. Но что-то у них там не получилось и я, в возрасте 6 лет, оказался в глухом таежном поселке на нефтяном месторождении.

Насколько я помню, на тот момент у меня не было какого-то определенного отношения к употребляющим людям. Я знал, что взрослые пьют водку и становятся дураками от нее. Еще есть «бомжи» - те, кто спился полностью и больше с ними никто водиться не хочет.

В поселке нас набралось душ восемь, детей нефтяников. С самого утра и до позднего вечера мы были предоставлены сами себе. Свобода!!! Самый приятный период моей жизни на тот момент. Бескрайняя тайга, озеро, мир такой ОГРОМНЫЙ! В лесу живут тролли и драконы. У нас там была своя «халабуда» и однажды мы даже сражались и убили настоящую гадюку! Первые поцелуи с девочкой Варей, под лестницей, в Красном уголке.

Когда мне стукнуло 7, мы переехали в город рядом, чтобы я имел возможность постигать азы знаний. В школе мне было хорошо. В силу природной смышлености и смекалки учеба давалась мне довольно легко. Стихи я запоминал с трех прочтений! Господи, где же ты, моя феноменальная память?! В библиотеку я впервые попал в начале первого класса и до 14 лет оттуда не вылазил. Как пел Владимир Семенович: «Жили книжные дети, не знавшие битв, изнывая от детских своих катастроф...» А «...ребятишкам хотелось под танки!»

Так я и жил: спорт (много разных секций), дом, двор, библиотека и школа. Мать работала с утра до ночи, но я-то был взрослый мальчик. Ребенок – герой. Помощник! Тихо жил и радовался со своим богатым внутренним миром. Собирание марок и старинных монет, летом поездки к отцу на Украину, на Родину, на море. Отца я любил. Нраву он был веселого. Денег на меня не жалел, и все лето я был почти доволен. А «почти» это заключалось в его второй жене, которая меня к нему ревновала и тихо ненавидела.

В школе, в связи с доверием ко мне товарищей, был я избран Председателем Совета Отряда. Волокита мне эта быстро поднадоела. Но тогда были в моде бессменные руководители, и пришлось тянуть эту лямку до 14 лет. Были и лагеря. Пионерские. Там я и начал в 9 лет курить, потому что это было «по-взрослому». А мне очень хотелось внимания со стороны сверстников и девчонок. Глупых, но полезных и необычных существ. После я как-то перестал курить и не курил долго. К другим веществам относился крайне недоверчиво и скептически, считая, что это не нужно мне, да и страшно! Наркотики – это атрибут какой-то плохой и неправильной жизни. А я мальчик хороший и добрый. Мама будет ругать, да и пример пьяного папы не располагал к алкоголю.

До начала употребления была полностью подготовлена почва для моей дальнейшей наркотизации. Я жил в своем придуманном мире. Идеалистические требования к окружающим и миру вокруг, умноженные на незрелость и неумение думать и выбирать. Отсутствие четких ориентиров и осознанных принципов. Отсутствие контакта с самим собой и неумение распознавать и ориентироваться на свои чувства. Растерянность и повышенная тревожность. К четырнадцати годам напряжение выросло настолько, что достаточно было небольшого стресса, чтобы возникли мысли о суициде.

7.2. Этапы формирования эмоционального синдрома

Первый этап: Знакомство с действием химического вещества.

На этом этапе человек пробует алкоголь впервые и, чаще всего, получает положительный результат. Несмотря на то, что он может чувствовать себя хорошо, алкоголь изменяет его настроение, делает его лучше. К тому же, если человек предрасположен к зависимости, и у него изначально снижена выработка организмом эндорфина и дофамина, то, пробуя впервые вещество, он понимает, что нашел «таблетку» от своего сниженного настроения. Из состояния скуки и апатии он сразу выпрыгивает в состояние эйфории. И этот момент запоминается как самый замечательный момент в жизни. Именно эта точка и определяет его «Эйфорическую память». То состояние, к которому зависимый человек будет стремиться всю оставшуюся жизнь. Сильнейшее переживание радости, счастья и гармонии с миром и собой.

Человек, впервые пробующий алкоголь или наркотики, испытывает ощущение блаженства, радости, любви, удовлетворения и т.д., ему становится очень хорошо. Когда действие алкоголя заканчивается, эмоциональное состояние восстанавливается, становится таким же, каким было до употребления.

На этом этапе употребления алкоголя человек наслаждается новыми открытиями, связанными с действием алкоголя:

1. Алкоголь и наркотики всегда улучшают настроение, дают ощущение радости без каких-либо усилий. Достаточно просто найти и употребить.
2. Если употребить чуть больше, то будет еще лучше. Можно регулировать настроение, выбирая разные дозы веществ, смешивая их.
3. Всегда получается универсальное средство для ухода от любых проблем.

Все развивается по формуле: Много кайфа и позитивных эмоций, минимум проблем и последствий.

1987-1990 годы

Все началось с эмоциональных перепадов. Как-то неожиданно все рухнуло. Привычный мир ушел в прошлое, объявилась какая-то перестройка. И то, что мне вдалбливали в голову с садика, оказалось полной ерундой. Никаких правил, никаких устоев. Можно все! К тому времени все мои товарищи уже имели опыт употребления алкоголя и «вдыхания паров клея «Момент». Я, несмотря на постоянно поступавшие предложения, был стоек, как кремень! И хотя давно ошивался по подвалам с разной шантрапой малолетней, вещества не употреблял. Сгубила меня любовь! Ну как же не выпить, когда на тебя смотрит такая красивая девочка?!

Первая проба алкоголя при моей наследственности (все мои дяди и тети, а у бабульки было девять детей, погибли в той или иной степени от алкоголя в довольно раннем возрасте). К тому времени было мне 14 лет, ничем я почти не занимался, учился плохо. Короче, связался с пиратами, стал играть в орлянку... И пошло, и поехало. Только вместо пиратов были неформалы, а именно панки! Панк-волна пришла к нам из Санкт-Петербурга. В течение полугода наш небольшой сибирский городок пестрел от рванины, кожи и ирокезов. Моя первая панк-группа. Первые стихи, которые я начал писать под впечатлением от стихов Сереги Х. (спился и безвременно умер в возрасте 32 лет). Он же меня впервые «приделал» «мулькой» (уколол стимулятором на основе эфедрина).

Время полного беспредела в моей голове и вокруг. Постоянное употребление, возведенное в культ. Как только я связался с панками, в течение одной недели попробовал все имеющиеся в обиходе вещества. Плотину прорвало! Я понял и распробовал кайф. Как позднее выразился мой друг: «Раз! И больше ничего не нужно!». В этом простом высказывании вся суть употребления. Вещества стали неотъемлемой частью жизни, решением всех проблем. Главным смыслом ежедневных поисков и наиглавнейшим призом.

Пьянство, анаша, момент, колеса и прочее, и прочее. Смысл жизни КАЙФ!!! Постоянное, беспробудное употребление. С драками, вскрыванием вен, групповухами и прочей атрибутикой панк жизни. Затем новая волна. Депеш Мод и эфедрин. Первая «банка Солутана» и понеслось... Все остальное просто потеряло смысл. Счастье, переполняющее до краев, когда удавалось найти эфедриносодержащие медицинские препараты и нервозность с депрессиями на «отходняках». Невероятная активность сменяется жуткой депрессухой. Боже Ты мой, Господи милосердный. «Отходняк винтовой». Чтоб меня покрасили! К 17 годам я был вполне сформировавшийся наркоман и алкоголик. Пришла пора идти в армию. Я-то думал, что «откосил» армию («7Б» - психопатия на почве полинаркомании и алкоголизма). Что там было «косить». Я ходил оборванным (считал, что это круто!!!), грязный, постоянно в полубессознательном состоянии. За одну ночь изрисовал все стены палаты мрачняком каким-то в больнице, куда нас положили на обследование.

Так называемое «розовое употребление». Проба пера. Поиск новых ощущений и веществ, которые их могут принести. Много неосознаваемых проблем, которые совершенно игнорируются и окрашиваются в романтические цвета. Употребление как часть жизни. Такая веселенькая картиночка в рамочке. Желание продлить этот праздник жизни как можно дольше. Внутреннее ощущение, что я не такой как все. Что я избранный и знаю такое, что простым смертным не ведомо. Я нашел секрет вечного счастья. Таблетку от всех бед. Решение всех вопросов и проблем. И таких таблеток было несколько видов. Как в ресторанном меню. Пробы все новых наркотиков и определение с наркотиком выбора. Я становился профессиональным наркоманом. Буквально через год употребление основательно закрепилось на первом месте в моих потребностях, вытеснив все остальное.

Второй этап: Стремление к изменению настроения.

После первых удачных экспериментов человек переходит к «культурному употреблению»: может употреблять регулярно, при этом не выходя за рамки дозволенного. Человек употребляет в подходящих местах, в подходящее время и «столько, сколько нужно» для поднятия и улучшения настроения.

В это время он уже четко осознает «целебное» действие вещества, что оно может снизить стресс, уменьшить боль, смягчить раздражение, забыть о проблемах. Вещество помогает строить взаимоотношения с людьми, делая его коммуникабельнее, интеллектуально развитым и разговорчивым. И кажется, что вещество помогает достигать поставленных целей, преодолевать проблемы и принимать важные решения.

На этом этапе действие вещества на изменение настроения такое же, как и раньше, восстановление также происходит без проблем: настроение просто возвращается в свое нормальное состояние. На этом этапе останавливается большинство людей.

Люди, склонные к формированию химической зависимости никогда не останавливаются на этом этапе.

Переход на следующую ступень развития эмоционального синдрома у химически зависимых начинается с того, что они начинают уделять употреблению веществ все больше и больше внимания и времени.

Обычно это происходит так:

1. Человек начинает приспосабливать свое поведение так, чтобы обеспечить себе употребление в течение какого-то времени (дня, недели и т.д.). Он понимает, что не может пить каждый день, поэтому находит для себя дни, по которым «разрешает» себе выпивку или ограничивает выпивку в течение дня определенным временем, например, после работы. Это похоже на правила, которые он придумывает для себя сам, со временем начиная пренебрегать этими правилами, увеличивая для себя возможность употребления. Правила пересматриваются под все возрастающее желание употреблять все чаще и больше.

2. Человек начинает строго придерживаться всех поводов, которые дают возможность ему употребить, уделяя этому все больше внимания. Придумывая их самостоятельно. На этом этапе зависимому еще важно оправдать свое употребление.
3. Появляется потребность в увеличении дозы спиртного для получения того же эффекта, что и раньше. Именно здесь начинает проявляться изобретательность в нахождении способов и поводов для лишней выпивки. Для того, чтобы достигать желаемого состояния «эйфории», зависимому человеку приходиться либо употреблять все более сильные вещества, либо смешивать несколько веществ, либо увеличивать частоту и количество употребляемого вещества.

Все развивается по формуле: Много кайфа и позитивных эмоций, проблемы и последствия употребления уже появляются, но они незначительны по сравнению с эйфорическим эффектом от употребления. Жизнь постепенно перестраивается под употребление.

У меня постепенности не было. Этот этап я проскочил как на скоростном поезде. Все очень быстро привело к последствиям во всех сферах жизни. Количество и частота употребления росли в геометрической прогрессии. На тот момент не было ни одного вещества, которое я бы проигнорировал. Не было ни одной возможности, которую бы я пропустил. Все шло своим чередом, мелькали дни, месяцы, годы... Психика моя успевала перестраиваться и адаптироваться к более глубокому «дну».

Третий этап: Пагубная зависимость.

На этом этапе человек впервые начинает расплачиваться за употребление веществ ухудшением своего состояния после употребления. Состояние психического комфорта после употребления наркотиков и алкоголя не возвращается на прежний уровень, поскольку сверхактивация «системы удовлетворения» алкоголем приводит к ее истощению и постепенному разрушению. Теперь в состоянии наркотического и алкогольного опьянения он начинает вести себя странно, чего ранее не происходило, поведение постепенно становится все менее и менее управляемым.

Человек теряет контроль над своим телом, чувствами, поведением. Постепенно из-под его контроля уходят все сферы жизни: семья, работа, финансы, здоровье. Просыпаясь утром после застолья и вспомнив свое неадекватное поведение или реакции людей на его поведение, человек часто начинает чувствовать себя неуютно, нехорошо, понимая при этом, что раньше с ним такого не происходило. В этот момент человек, пытаясь объяснить себе, что же вдруг случилось, начинает подыскивать рациональное объяснение происшедшему. Попытка найти рациональное объяснение – разумная, естественная и заботливая реакция на ущерб, причиненный собственному «Я», это нормальный способ восстановления задетого самолюбия. Рациональное объяснение дает возможность оставаться нашей самооценке на прежнем уровне, что облегчает нам жизнь. Это помогает избежать неприятных чувств вины и стыда. Возможность защитить свою психику от самобичевания.

Проблема в том, что, начиная искать рациональные объяснения своим поступкам, химически зависимый человек находит объяснения всем своим безумным поступкам. В процессе развития болезни рациональные объяснения помогают зависимому не замечать реальные последствия своего употребления. Помогают ему оставаться в иллюзиях по поводу происходящего. Человек все больше верит своим разумным объяснениям и все больше впадает в самообман. Рассудок подавляет неприятные чувства, связанные с воспоминанием о своем поведении.

Так у зависимого человека формируется ***система отрицания***.

Отрицание - это те мысли и поступки, которыми мы защищаемся от того, чтобы видеть правду о нашей наркомании или алкоголизме, и которые служат одной цели - «не мешайте мне продолжать употреблять!».

Отрицание – это то, чем наша болезнь защищается от того, чтобы ее остановили. Она как будто маскируется под наши собственные цели, но если посмотреть внимательнее, мы увидим, что последствия этих мыслей и поступков наносят нам колоссальный вред.

Отрицание будет всегда, поскольку наркомания или алкоголизм будут с нами всегда. Отрицание будет только менять личину, подстраиваясь под обстоятельства.

Отрицание «ловит» нас и пытается вернуть назад к употреблению, да еще и так, чтобы мы этого сами не заметили.

Вот перечень защит, которые используют зависимые, для того, чтобы не осознавать свое употребление.

Минимизация (преуменьшение последствий употребления).

я употребляю только по выходным;
я употребляю только легкие вещества;
я как все, я употребляю вместе со всеми только в компании;
я могу бросить употреблять, когда захочу, я много раз это делал;
я употребляю, но у меня хорошая работа и семья;
я употребляю меньше, чем Вася...

Проекция (проецирование своих проблем на других людей).

все употребляют;
все великие люди употребляли и стали знаменитыми.

Рационализация (поиск причин своего употребления).

я употребляю потому, что все ополчились против меня;
если бы вы пережили то, что я, вы бы тоже употребляли;
я перестану пить, если меня оставят в покое;
я употребляю потому, что у меня такая работа;
я употребляю потому, что я очень нервный, это спасает меня от безумия;
я употребляю потому, что моя жена - дрянь, а начальник - негодяй.

Тем не менее, просыпаясь на следующий день, человек испытывает неприятные чувства по отношению к своему поведению, а впоследствии и к себе самому, самооценка падает, он может ругать и критиковать себя. Таким образом, самооценка падает и эмоциональное состояние уже не возвращается к норме, а становится все хуже и хуже, чем было до употребления. В конце концов, эмоциональное истощение становится настолько сильным, что человек чувствует себя отвратительно в моменты, когда не пьет. На этой фазе возникают эмоциональные отношения у химически зависимого к ПАВ.

Объясню на примере. Независимый человек после небольшого количества выпитого попадает в аварию. Анализируя произошедшее, он приходит к выводу, что употребление привело его к аварии и другим последствиям, и он принимает решение больше не пить за рулем и успешно осуществляет его. Химически зависимый в этой же ситуации будет винить кого угодно и что угодно, только не алкоголь. Поэтому он в следующий раз сядет за руль в состоянии употребления.

Часто женщины строят отношения с алкоголем или наркотиками как с мужчинами (в эмоциональном плане), поэтому женский алкоголизм и наркомания считаются в традиционной наркологии неизлечимыми, что является безосновательным. Примеры тысяч выздоравливающих и прекративших употребление женщин опровергают это голословное заявление официальной наркологии.

Человек пытается найти причины своего безумия, полагая, что искать их надо во вне. Он может начать обвинять начальство, близких, государство, дождь, масонов. Самоощущение, несмотря на все доводы рассудка, становится все ниже и ниже с каждым употреблением. Оно выходит из-под контроля, необходимы все большие и большие дозы веществ для поднятия настроения. ***На этом этапе происходит сдвиг мотива на цель.*** Т.е. вначале своего употребления химически зависимый употреблял, чтобы преодолеть робость и познакомиться с девушкой, а вследствие заболевания стал использовать знакомство с девушками как повод для того, чтобы употреблять.

1990 – 1998 годы

Мама была в ужасе. Я был отправлен на Украину, к отцу, на исправление.

17 лет. Я живу в своей 3-х комнатной квартире один. В квартире есть немного мебели на кухне. Диван, сервант и старая кровать с железной сеткой. Больше нет ничего. Но есть три моих старших брата! У них свои семьи и отдыхать от трудностей семейной жизни они, естественно, приезжают ко мне. К тому же на районе я сошелся с тремя такими же оболтусами, как и я. У каждого по квартире, родители на Севере, мы предоставлены сами себе. У нас есть машина. Все четверо наркоманы. Полтора года убито на марихуану и ее производные. За эти полтора года я не был чист ни дня (покалывался я изредка с братом, который приезжал ко мне приготовить). Остатки мозга и интеллекта растворились в «бомбе и каше».

Извилина осталась одна, да и та была на тот момент пунктиром. И она настойчиво требовала КАЙФА!!! Чего-то более сильного и надежного. Оговорюсь сразу, что пил алкоголь я всегда, когда он был. И тут меня пристроили к делу. Старший брат пристроил меня к одному невероятному человеку. Остапа Бендера знаете? Так вот, умножьте его на Хаджу Насреддина! И получиться Вова Д. С ним я и «проработал», не побоюсь этого слова, весь следующий год. Западная Украина. Поездки за «товаром». Я был крут! Все как в тех книгах, что я читал в детстве. У меня есть все: деньги и наркотики. Так я впервые и подсел на «сухой мак». «Система», но наркотиков валом, я даже успеваю закончить училище, получить права. 1994 год. Первая «перекумарка». Но постоянное ощущение, что что-то не так. Депрессии и нервозность, если я без наркотиков. Бессмысленность и пустота внутри. Что же не так? И непонятная надежда на то, что когда-нибудь все изменится и я перестану употреблять.

Я возвращаюсь на Север и что я там вижу? Все мои прежние товарищи плотно сидят на «ханке». Я ехал строить новую жизнь. Колюсь с ними в подъезде через час после приезда в город. Первые попытки контролировать употребление, смена наркотиков на алкоголь. Переход с алкоголя на траву. С травы на вино и пиво. «Система»! Как так?! Непонятно. Старый наркоман Г., мой приятель (через полтора года умер вместе с женой от сепсиса, сын инвалид детства из-за употребления родителей), поделился одной идеей и я, воплотив ее, «заторчал» еще плотнее. Любовь номер два. Она не торчит. Падает в обморок при виде иголки. Через полгода оба в «системе». Все мои друзья - наркоманы, я наркоман и девушка у меня наркоманка, а что делать?

Внутри поселился червь. Все чаще приходит в голову мысль, что я никогда не смогу остановиться. Я неудачник. Проторчав так до 1995 года, потеряв девушку и последние остатки надежды, я уезжаю обратно на Украину. Мрачняк полный, безысходность. Ко мне приезжала моя старая девушка, ее родители перевезли в Днепропетровск. Ничего кроме наркотиков нас не объединяет. «Торчим». Лето 1996 года. Я после перекумарки всегда спрыгивал сам на сухую, это давало иллюзии, что смогу! Смогу, несмотря на то, что никогда не мог. У меня все под контролем! Все плохое быстро забывается.

К одному из моих приятелей приезжают одноклассники с Севера. С ними она. Это любовь! Она спасает меня от меня же самого. Я киваю головой, но продолжаю себя убивать. Она едет к моей маме, мама разрешает вернуться мне на Север и начать «новую жисть»!

Я возвращаюсь. Банально - я в «системе» через месяц. Любовь растоптана. Я же тебе говорил: «Все это бесполезно. Я отпетый. Из любви к тебе я уйду из твоей жизни...». Хороший повод «поторчать». Больше нет иллюзий, что наркоманы это они, а я так - любитель.

Все. Хватит обманывать себя и других. Вывод? Торчать пока не сдохну. Торчу. Подтарчиваю. Кумарю. Пью постоянно, даже когда вмазанный. Часто отъезжаю из-за этого. Вокруг умирают наркоманы. Садятся, освобождаются. Я знаю, что сидят не за то, что торчат, а за то, что воруют. Я не такой, я не сижу. Иллюзия, что я еще не совсем наркоман, возвращается.

Конец 1996 года. Я работаю по 15 дней в тайге и 15 дней употребляю в городе. Освобождается моя будущая жена. Наркоманка. Живем вместе, я работаю, то пью, то уезжаю на вахту. Две недели в месяц я курю план, организм отдыхает. Умер отец - цирроз печени. Мой последний отпуск. Весь отпуск подтарчиваем. После наступила эра героина! С тех пор до 1 марта 2000 года я в жесткой героиновой системе. За это время жена начинает торговать, на третьем месяце беременности говорит мне об этом. Боялась, что потребую сделать аборт. Я требую, она не делает. Часто ругаемся, но героин нас мирит.

Проблем становится все больше и больше, а употребление нужно как воздух, как вода. Наркотики и алкоголь так прочно встроились в мой организм и мою жизнь, что вытеснили практически все воспоминания о том, как было до того, как я начал употреблять. Существование полностью перестроилось под употребление. Вся активность и социальные связи направлены на то, чтобы достать и употребить. Разрушения во всех сферах жизни. Внутри и снаружи. Больно оглядываться назад и страшно смотреть вперед. Многочисленные попытки «бросить и перестать» ни к чему не привели. Отчаянье и самоуничтожение. Дозы и количества вырастают. Употребление принимает тотальный характер. Наркотики запиваются алкоголем. Выхода нет. Осознано перестаю сопротивляться зависимости и теряю надежду.

Четвертый этап: Употребление для того, чтобы чувствовать себя нормально.

Ко времени вступления на этот этап человек уже практически постоянно ощущает свою никчемность, ненужность. Он больше не чувствует себя хорошо пока не употребит и не чувствует себя хорошо, даже после выпивки. Теперь уже невозможно достигнуть подъема начального этапа употребления, теперь он употребляет только чтобы почувствовать себя более или менее нормально. Теперь норма эмоционального состояния гораздо ниже той, которая была в начале. Стартуя с нее, человек возвращается на все более низкую ступень, чувствует себя все хуже и хуже, несмотря на большие количества веществ.

В конце концов, человек вынужден пить просто потому, что он не может больше быть чистым и трезвым. Как только он остается без вещества, он испытывает сильнейший дискомфорт. Более того, страх остаться трезвым преследует его и в состоянии употребления. Это толкает зависимых постоянно быть в поиске денег, веществ. Делать «заначки», прятать небольшие дозы на «черный день». Если в начале употребления алкоголь и наркотик приносят удовольствие, то впоследствии человек начинает «лечиться» ими от тяжелого физического и душевного дискомфорта. Он становится для них «лекарством». Без него человек не может выполнять обычные функции, так как вещества встроились в обмен веществ, организм отказывается работать без них.

По мере того как болезнь прогрессирует, негативные эмоции все больше накапливаются, самооценка становится все более низкой. Формируется комплекс неудачника. Человек заранее обесценивает любые свои действия и не может решиться на изменения в своей жизни. Для того, чтобы не сойти с ума, уже недостаточно рациональных объяснений. Здесь включаются психологические системы защиты, которые помогают алкоголику поддерживать систему иллюзий относительно употребления в которой он живет.

1998 – 2000 годы

Умирает ее отец. Сердечный приступ с похмелья у нас дома. Он был алкоголиком.

Постоянная мысль - «Да этого не может быть! Это не со мной»! Так всю беременность и проторчали вместе. До чего я докатился?! Непередаваемое ощущение, что я - животное и раб порошка. И полное бессилие что-либо изменить. Ложь, воровство, разводы, проблемы с наркоманами, с операми (которые к нам домой как к себе приходили). Засады постоянные, полное бесправие и ничтожность. Нет прав! Нет ничего. Враждебный мир и героин. 22 июня 1999 года. Зашел домой, у нее халат мокрый.

- Облилась, что ли? - Давай вари Саня быстрее, у меня воды отходят, Я РОЖУ ЩАС! СТРАШНО!

Вмазал ей двойную дозу, вмазался сам и повез в больничку. Там ох...ли! Утром, пока не вмазался, не смог страх перебороть. СТРАШНО! Что там родилось? Повезло. СИЛЬНО ПОВЕЗЛО. Родилась дочь. Без отклонений, но в абстиненции. Кормить грудью не дали из-за вирусного гепатита у жены. Продолжаю носить ей раствор прямо в роддом.

За полгода сторчались окончательно.

Сосед наш по лестничной площадке, в прошлом - прокурор нашего города (ирония судьбы), долго нас терпел и не выдержал. За эти полгода было два милицейских «приема» серьезных, попытка суицида - жена меня спасла. Сил, казалось, больше не было. Ну и живучее же существо - человек! Течет из всех щелей: сопли, слюни, понос, а ползешь на движуху! Прямо слов больше нет подходящих.13 января. Придя домой, застаю там понятых, полна горница оперов, обыск. Все дела. Жену увозят (уж не знаю, что они там ей подложили). И вот в эту ночь произошел один из переломных сдвигов в сознании. На руках полугодовалая дочь, кумарит как... (впиши пропущенное слово сам), и на улице минус сорок три мороза. Тишина.

Вскоре был суд по первому делу. Дали жене 12 с половиной строгого режима заключения. Осерчал сосед, осерчал. За полтора месяца я созрел. Проторчал все. Дочку, естественно, отдал теще, куда мне дитё еще? Я еле ходил на тот момент. И тут, пожалуй, и наступил первый в моей жизни момент осознания своего БЕССИЛИЯ перед наркотиками. Я впервые за эти 13 лет обратился к матери за помощью и согласился, что я наркоман и что не в состоянии жить ни с наркотиками, ни без них. Я не знаю, что делать! Я устал и больше так не могу! Я в отчаяньи! Боль и страх перебили все остальное.

Итог тринадцати лет употребления: полная деградация, потеря принципов и морали. Здоровье разрушено. Полный набор инфекционных заболеваний, худоба, испорченные зубы. Постоянная, непроходящая усталость. Ненависть к себе и непонимание для чего жить?! Опустошенность и отчаянье. Злость и нервозность. Эмоциональная сфера подавлена. Осталось примитивное восприятие мира « хорошо – плохо». Все, с кем я поддерживаю хоть какие-то связи – наркоманы. Либо те, у кого можно занять или выпросить денег. По утрам страшно просыпаться, потому что как только я прихожу в себя, начинаю понимать, что начинается еще один бесконечный день. Дочь отдана на воспитание теще. Жена сидит. Мать устала до предела.

Это было «ДНО». Еще одно понятие, которое необходимо для понимания зависимости и выздоровления от зависимости. Это то «место», где боль от употребления становиться несоизмеримо выше плюсов от употребления. Это состояние характеризуется очень просто: «С наркотиками плохо, а без них очень плохо». И дело тут не в том, что человек не готов остановиться, а в том, что он забыл как жить без них. Но «дно» у каждого свое, и что послужит причиной для его осознания, никто не знает. «Когда я упал на свое дно, снизу постучали». Зависимость можно сравнить с водоворотом, который засасывает человека вниз, в глубину. И для того, чтобы всплыть и выжить, зависимому нужно оттолкнуться от своего дна, образно говоря. Оттолкнуться от той боли и отчаянья, которые вошли в его жизнь. Мы в дальнейшем еще вернемся к этому понятию, когда будем рассматривать модели и цели реабилитационных программ. Пока просто запомните это понятие - «дно заболевания зависимости».

Зачастую зависимые люди перестают эмоционально развиваться, когда начинают активно употреблять вещества. В то время, когда их ровесники решают проблемы, преодолевают кризисы и радости, проживают чувства, зависимые избегают этого при помощи веществ. Они перестают

взрослеть и остаются инфантильными подростками в теле взрослых мужчин и женщин. Их эмоциональное развитие останавливается. И единственным способом убежать от себя и реальности является употребление. Для того, чтобы перестать употреблять, многое необходимо изменить. Обычно зависимый пытается изменять внешние условия, меняя мир вокруг. Но это не приносит должного результата. Единственный способ изменить что-то вокруг - это изменение, в первую очередь, себя изнутри. Изменение своего мировоззрения и установок. Правил, на которые привык опираться. Внушенных и приобретенных в процессе жизни установок. Преодоление психологических защит, которые спасали в употреблении. И в одиночку это сделать невозможно. «Варясь в собственном соку» нет возможности увидеть себя со стороны, понять, что необходимо менять и как это сделать.

1. Для того, чтобы начать процесс роста и восстановления эмоциональной сферы, зависимому важно быть среди таких же, как и он, выздоравливающих зависимых. Людей, имеющих реальный, практический опыт проживания боли и потерь, радостей и горя. Человек должен находиться в контакте с так называемой ***«терапевтической средой»***. Жить в ней. Посещать те места и общаться с теми людьми, которые способны оказать ему помощь и поддержку.
2. В результате взросления личности и накопления опыта трезвой жизни зависимому необходимо формировать ***позитивное мировоззрение***. Учиться смотреть на происходящее с разных сторон. Учиться извлекать позитивный опыт даже из негативных ситуаций. Уходя от погружения в пучину гнева, одиночества, жалости к себе.
3. Либо ***формировать навыки проживания своих чувств***. Формировать навыки анализа чувств и событий с ними связанных, выражения чувств и работы с сильными переживаниями. Проговаривание, арт-терапия, телесный контакт, письменный разбор событий, вызвавших эти чувства - вот небольшой перечень инструментов работы в эмоциональной сфере.
4. Достаточно мощным инструментом в принятии событий такими, какие они есть, является ***формирование навыка жить «Здесь и сейчас»***. Обычно зависимый человек либо живет в своем прошлом, укоряя себя за него, либо предается фантазиям о будущем. Либо пугает себя им. Живя таким образом, человек не проживает свою жизнь в настоящем. Возврат в «здесь и сейчас» делает жизнь человека полной и насыщенной. Учит его проживать каждую секунду своей жизни полно и осознанно. По большому счету, если человек живет, наслаждаясь каждым мигом, он бессмертен.
5. Но самым мощным инструментом в принятии мира таким, какой он есть, ***является вера***. В данном случае мы говорим не только о религии, которую осознанно выбирает для себя каждый, если человек эмоционально зрел и готов выбрать ту религиозную концепцию, которая для него наиболее близка и понятна. Мы говорим о вере в нечто большее, чем сам человек. В некую цель, Высшую силу или смысл, которому подчинено все вокруг. Вера в нечто большое, чем он сам. Умение видеть и осознавать это дает неограниченные возможности справляться с любыми кризисными ситуациями. Делает человека более способным адаптироваться к изменениям мира и видеть в этих изменениях смысл и пользу.

Многие выздоравливающие зависимые благодарны своему заболеванию, которое позволило им измениться и стать теми людьми, которыми они являются на данный момент.

Глава 8. Семейная система. Дисфункциональная семья. Роли и правила в дисфункциональной семье

8.1. Семья как система

В этой главе мы рассмотрим еще одно важное понятие, без которого мы не сможем двигаться дальше в понимании природы зависимости и ее влиянии на зависимого и его окружение. Это понятие мы определим как ***«система»***.

Что мы имеем в виду?

Отдельные люди создают сложные системы: семьи, кланы, организации, политические партии, народы, религиозные конфессии, мировое сообщество. В данной главе нас интересует не сам зависимый, а он как часть ***«семейной системы»***. Помимо того, что химическая зависимость - первичное, тотальное заболевание, поражающее свою жертву физически, эмоционально, духовно, психически и социально. Она, условно говоря, «заразна», и ближайшее окружение химически зависимого - члены его семьи, друзья, сотрудники – оказываются втянутыми в эту болезнь. Она поражает их так же, как и зависимого человека: физически, эмоционально, духовно, психически, социально. Таким образом, болезнь распространяется на всю семью зависимого, поражая как каждого ее члена, так и всю систему.

Одним из основоположников теории систем, в том числе и семейной системы, был Л. Берталанфи. Он говорил, что понятие системы вытекает из, так называемого, «организмического взгляда на жизнь». Для этого взгляда характерны два положения:

1. Целое больше, чем сумма его частей (если мы наложим в кастрюлю продукты и зальем это водой, то суп не получится). Для приготовления супа нужно больше, чем просто набор продуктов.
2. Все части и процессы целого взаимовлияют и взаимообуславливают друг друга (именно сочетание продуктов, способ приготовления, смешение ароматов и вкусов, добавление специй, позволяет супу стать супом).

Если представить, что отдельный человек – колесико, тогда мы сможем рассматривать семью как механизм, в котором несколько колесиков взаимодействуют ради некоторой более крупной цели, которую им не достичь в одиночку. Семью можно сравнить с организмом, состоящим из органов, каждый из которых, в свою очередь, состоит из многих клеток, функционирующих по-своему, которые, однако, находятся под влиянием всего организма. Подобно механизмам, деревьям, организациям, телам, семьи являются системами.

Каждая семейная система:

1. Состоит из частей, в данном случае членов семьи.
2. Частей, соединенных между собой особым способом. Это личностные взаимоотношения между ее отдельными членами.
3. Соединяются они для достижения общей цели. Для выживания и развития, получения тепла, любви и поддержки, накопления материальных благ.

Классическая семейная группа включает мать, отца, одного или более детей. Но не все семьи вписываются в эту модель. Сегодня во многих семьях имеется только один родитель как активная составная часть, и во все меньшем количестве семей есть бабушка, дедушка, тетя, дядя, другие члены расширенной семьи, живущие вместе. Однако, там, где они есть, они должны рассматриваться как часть системы. То же относится к мачехам и отчимам и другим лицам, непосредственно и близко вовлеченным в повседневную жизнь семьи. Кровные связи не являются обязательным условием. Даже отсутствующий либо умерший человек может оставаться «членом», если он продолжает оказывать сильное влияние на функционирование семьи, например, как автор правил,

молчаливый критик, образец для подражания или того, кто относится к категории «в семье не без урода».

Семейная система – это сложный, живой организм с множеством связей между отдельными членами. Официальными и тайными. С неписанными и оговоренными правилами и законами.

Этими правилами определяются:

1) Функции, права и обязанности каждого человека в этой семье.

Пример: Это папа! Он зарабатывает деньги. Имеет право ворчать и называть всех бездельниками. Обязан кормить всю семью и давать немного на карманные расходы. Когда он идет с друзьями в баню, это святое!

2) Взаимоотношения между людьми.

Мама должна его вроде как слушать, но на самом деле это она глава семьи и говорит, что и кому делать. Папа ее немного боится и любит. Папа может учить детей уму разуму, заставлять делать уроки и выносить мусор. Но их он тоже любит и относится с умилением.

3) Цели, к которым все они идут.

Вся семья экономит, чтобы купить новую машину и ездить за город. В лес, по грибы. И еще есть заначка на «черный день». На учебу старшей дочери.

4) То, как они собираются достигать их, а также, что требуется и что запрещается на пути к достижению этих целей. Поэтому младшим приходиться донашивать одежду старших. И ездить на отдых к бабушке в деревню, а не на море, где все дорого. Брать деньги из «заначки» имеет право только мама. И все!

В данном случае мы говорим не о той системе, которая придумана для обывателя средствами массовой информации, семьей из рекламных роликов или телесериалов. Мы говорим об обычной семье, в которой есть место и принятию, и конфликтам, и компромиссам как средствам разрешения конфликтов, в которой не запрещено чувствовать негативные чувства. И поощряется говорить о них и выражать их без ущерба для других членов семьи.

Поскольку нет двух одинаковых людей, не может быть и двух одинаковых семей. Их составные части уникальны, следовательно, должны быть уникальны и гибки правила. Любые семейные правила сильно окрашены особенностями личностей родителей – авторами этих правил – а также жизненными обстоятельствами, для разрешения которых служили эти правила. Семья в процессе своего развития столкнулась с какой-то проблемой и, придумав выход, закрепила его как правило.

В рамках функциональной, здоровой семейной системы правила выполняют четыре основные функции. Они:

1. ***Устанавливают взгляды, ожидания, ценности и цели семьи.***
   Эти ценности и установки передаются взрослыми детям и транслируются семьей в окружающий мир. Отношение к жизни, к миру в целом, к общечеловеческим ценностям и морали. К взаимоотношению с другими людьми и другими системами и человеческими институтами. Отношение к здоровью, религии и духовности. Также эти правила устанавливают открытость данной системы по отношению к внешнему миру.
2. ***Определяют, кому принадлежит власть и авторитет, как они будут использоваться и какая реакция на них предполагается со стороны членов семьи.***
   Определяют наличие запретов и реакцию на эти запреты со стороны членов семьи. Определяет личностное пространство и личностные границы членов семьи. Возможность их нарушения и ответственность за это.
3. ***Предполагают, как семья будет справляться с изменениями в самой себе как в ячейке, в своих членах и во внешнем мире.***
   Устанавливает механизмы изменения уже имеющихся правил сообразно меняющимся условиям и обстоятельствам с наименьшим ущербом для всех членов семьи.

4. Предписывают, как члены семьи могут общаться друг с другом и по какому поводу. Можно ли говорить открыто о своем согласии или несогласии с имеющимися правилами и установками в семье. Можно ли оспаривать решения более значимых членов (родителей). Как будет меняться статус членов семьи по мере их взросления или во время болезни.

Здоровая семья

1. Здоровая семья обеспечивает существование, безопасность и развитие всех своих членов. Развитие, а не приспособление возможно только там, где не нужно выживать. Можно просто жить и развиваться.
2. Здоровая семья удовлетворяет эмоциональные потребности своих членов в любви, заботе, тепле, принятии и понимании. Она способствует поддержке друг друга на эмоциональном уровне.
3. Здоровая семья учит находить и поддерживать баланс между самостоятельностью личности каждого в семье и зависимости друг от друга.
4. Здоровая семья учит нормам поведения в обществе. Прививает общечеловеческие ценности и моральные принципы. Помните, как у поэта: «Крошка сын к отцу пришел, и спросила кроха. Что такое хорошо? А что такое плохо?»
5. Здоровая семья является местом, где формируется чувство собственного «Я». Дает возможность каждому, включая родителей, адаптироваться к сегодняшней реальности и учиться. Дает возможность формировать свое мнение и мировоззрение, и учитывает его.

В здоровой, так называемой функциональной семье, обязательны ***пять свобод***.

1. Свобода адекватного восприятия того, что есть здесь и сейчас, а не того, что должно быть, или того, что было. Свобода быть реалистичным. Свобода корректировать свои представления о происходящем в соответствии с ситуацией.
2. Свобода мыслить, так как могу, а не так, как от меня ждут. По большому счету, это свобода слова. Свобода высказывать свое мнение и вера в то, что оно будет услышано и учтено.
3. Свобода чувствовать то, что чувствуешь, а не то, что должен чувствовать, по мнению других. Свобода не соответствовать ожиданиям. Возможность выражать свои чувства, без ущерба для других. Свобода проговаривать, что чувствуешь.
4. Свобода желаний и выбора того, что хочу. А не того, что нужно хотеть. Свобода выбирать, где учиться, как прожить свою жизнь и соответственно, как мы говорили раньше, свобода нести ответственность за свои выборы.
5. Свобода самовыражения, а не забота о безопасности и игра заданной, ожидаемой роли. Свобода быть самим собой.

Когда внешние воздействия (какой-либо кризис) касается семейной системы, первой реакцией обычно является стресс. При этом кризис может быть как позитивным, так и негативным. Примером позитивного кризиса может являться выигрыш крупной суммы денег одним из членов семьи. Неожиданно свалившаяся на семью сумма денег, может вызвать значительные колебания внутри семьи, если каждый из членов семьи рассчитывает на свою долю в выигрыше.

Затем вся семейная система постепенно возвращается к стабильности, будучи скреплена своими привычными правилами и моделями реагирования. Следовательно, когда в семье заболевает один из ее членов, вся система выходит из равновесия, но восстанавливает его, уже сообразуясь с возникшими изменениями в одном из компонентов. То есть к нашей модели мы подвешиваем груз, который будет символизировать заболевание. Как следствие, семейная система выйдет из равновесия и перекосится в одну сторону.

В процессе того, как семейная система будет справляться с кризисом, устанавливается новое равновесие. Семья стабилизируется в новых условиях. Больной член не сможет выполнять своих прежних обязанностей, и они равномерно распределяться между другими членами семьи. То есть для того, чтобы она пришла в равновесие, всем другим членам семьи приходиться нести дополнительную нагрузку. Как следствие возникают дополнительные напряжения в отношениях между

членами семьи. Семейная система начинает жить в постоянном кризисе и стрессе, приспосабливаясь к новым условиям любыми доступными способами, даже если они разрушают каждого члена системы в отдельности.

Итак, семья - это система, и нарушение в одном из ее элементов неизбежно сказывается на всех остальных. ***Здоровая семейная система отличается от не здоровой тем, что проживает и преодолевает кризисы в очень короткий период времени и такими способами, которые наименее травматичны для каждого из членов семьи.***

Элементы системы связаны друг с другом правилами и испытывают друг к другу интенсивную эмоциональную привязанность. В больной, дисфункциональной семье, где один или более членов пребывают в стрессе (в нашем случае, алкоголизм, злоупотребление наркотиками, другая зависимость, это может быть горе, дурное обращение, утеря финансовой стабильности, серьезные болезни), уже не действуют человечные и гибкие правила, по которым функционируют здоровые семьи.

С возникновением алкоголизма или наркомании у одного из членов семьи, правила, по которым она функционирует, становятся ригидными (жесткими) и бесчеловечными:

- они перестают действовать на благо всей семьи и начинают работать на того, кто их устанавливает, то есть на химически зависимого человека, ради того, чтобы он мог продолжать употреблять. Вся семья меняется под воздействием его употребления;
- члены семьи не могут приниматься такими, какие они есть, людьми склонными делать ошибки, со своими чувствами, достоинствами и недостатками, правила становятся нереалистичными и невыполнимыми, поощряя нечестность, манипулятивность как средство избегания наказания, отвержения или чувства вины.

По мере того, как поведение химически зависимого становится предсказуемым, то есть ***ригидным*** (а члены семьи всегда с достаточно большой точностью знают сценарий очередного кризиса), правила приобретают все более жесткий характер.

1. ***В семье все меньше делаются скидки на различия в людях и обстоятельствах.*** Вместо гибких правил они начинают базироваться на таких понятиях, как «Должен»! При любых условиях.
2. ***Перестают поощряться изменения, так как они представляют потенциальную угрозу статус-кво и особенно автору новых правил.*** Семейная система замыкается сама в себе. Ничего нового извне не привносится и не поощряется выносить «сор из избы». Члены семьи надеются справится своими силами и ресурсами с бедой. Система «ржавеет» и костенеет.
3. ***Поведение всех элементов семейной системы становится строго предсказуемым.*** Более того, члены семьи в попытке выжить в условиях стресса начинают вырабатывать приспособительные реакции и модели поведения. Они необходимы для выживания и являются естественной, нормальной реакцией на ненормальную ситуацию.

Закон гомеостаза в дисфункциональной семье также деформируется и звучит как: «Перемены хуже, чем то, что есть. Перемены пугают больше, чем то, что есть. Система в целом должна остаться без перемен. Они опасны».

Какие же правила действуют в семьях с химической зависимостью?

Нездоровые, то есть дисфункциональные. Они появляются в результате поддержки семьей алкоголика или наркомана, сохраняют его защитные механизмы, в конечном счете, активно потакают его употреблению и освобождают его от ответственности за последствия его употребления.

Рассмотрим некоторых из них:

1. ***Употребление алкоголя и /или наркотиков - главная часть семейной жизни.*** Все в семье, так или иначе, крутится вокруг употребления ПАВ. Употребление влияет на все сферы жизнедеятельности семьи. Почти вся активность семьи зависит от состояния зависимого.
2. ***Алкоголь и наркотики – главная причина семейных проблем.*** Все проблемы в семье являются последствиями проблем зависимого. При этом эта причинно-следственная связь

может отрицаться семьей. Как зависимый обвиняет в своих бедах все что угодно, кроме своего употребления, так и семья может обвинять обстоятельства и других людей, но никак не связывать проблемы с зависимостью. Феномен отрицания формируется у всей семьи.

3. ***Кто-то или что-то вызвало химическую зависимость, зависимый человек не отвечает за ее проявления.*** Семья покрывает и несет полную ответственность за последствия употребления. Выкупаются заложенные в ломбард вещи, зависимый выкупается из милиции, ему никто не говорит правды, ему по-прежнему дают деньги, а порой и покупаются ПАВ, чтоб он употреблял их дома, под контролем. Зависимому незачем прекращать употребление. Он знает и уверен, что бы он не натворил, ему все сойдет с рук.
4. ***Статус-кво семьи должен поддерживаться во что бы то ни стало.*** Никто из членов семьи не должен обсуждать проблему зависимого вне стен своей «крепости». Никто не должен знать, что в семье есть проблема. Это стыдно и опасно выносить «сор из избы». Все должны сохранять полное молчание и делать вид, что в семье все хорошо. Семья сама, своими силами справится с проблемой.
5. ***Каждый член семьи должен быть пособником болезни.*** Ничего что он употребляет. Мы возьмем его обязанности на себя. Мы будем контролировать его и следить, чтобы он не употреблял. Все должно быть направленно на его спасение.
6. ***Никто не имеет права говорить, что он на самом деле чувствует.*** Иначе говоря, не чувствуй, не говори, не доверяй. Нездоровые, то есть нечеловечные и жесткие правила, одним из которых является «не говори, не чувствуй, не доверяй», способствуют тому, чтобы семейная система оставалась закрытой. Никто вовне не должен знать, что происходит внутри семьи.

Почему же закрытая семейная система препятствует выздоровлению семьи? Очень просто, внутри семьи проблема не обсуждается и как будто не существует, а когда она становится очевидной, то сказать о ней стыдно да и не принято. Все члены семьи слишком больны, чтобы самостоятельно справиться с проблемой, а помощь извне не может прийти, потому что о проблеме никто не знает, а если знает или догадывается, то стесняется дать совет или информацию, потому что о ней никто не просил. К примеру, если ваши близкие или друзья, услышали по радио или ТВ информацию о лечебном центре, они могут не довести ее до Вас, подчиняясь Вашим правилам. Помощь извне блокируется круговой обороной семьи.

В таком состоянии семейная система может находиться десятилетиями. Зависимый не несет никакой нагрузки, не выполняет никаких обязанностей, все равномерно распределено на всех членов семьи. Он становится обузой для семьи. С каждым годом остальным членам семьи становится все труднее нести двойной или тройной груз. Ресурсы семьи истощаются. Выживать в такой семье все труднее. Она утрачивает свое первоначальное значение и смысл.

8.2. Распределение ролей в дисфункциональной семье

Правилами предусматривается, что каждый член семьи должен быть помощником, пособником болезни. И каждый им и является, по-своему. Так супруг(а) становится костылем, главным потакателем болезни. Это происходит так: когда члены семьи больше не в состоянии контролировать количество алкоголя и наркотиков употребляемого химически зависимым человеком, время, место, причины употребления, они начинают контролировать его последствия. Это и есть ***попустительство***. Оно облегчает зависимому употребление, потому что защищает его от боли. Потакающее поведение рассчитано так, чтобы не столько защитить алкоголика или наркомана, сколько защитить семью. Но и химически зависимый попадает под эту защиту и, следовательно, может продолжать употреблять вещество. Покупаясь на это «алиби», находя оправдания, покрывая алкоголика или наркомана, защищая семью от неловкости и замешательства, финансовых проблем, боли и распада - ***«потакатель»*** помогает зависимому человеку не сталкиваться с болезнен-

ными ситуациями и отрицать наличие у себя проблемы. ***«Потакатель»*** как бы оттягивает момент истины, он не дает химически зависимому почувствовать связь между болью и употреблением.

В разыгрывающейся по сценарию алкоголика или наркомана драме важные роли достаются и детям. Они - самые невинные жертвы заболевания. Дети алкоголиков и наркоманов входят в группу повышенного риска заболевания алкоголизмом и наркоманией, склонны к развитию различных эмоциональных проблем в более взрослом возрасте. Поэтому каждый ребенок каждого алкоголика и наркомана нуждается в помощи.

Дети реагируют на алкоголизм и наркоманию в семье несколькими способами. Некоторые дети помогают и защищают не употребляющего родителя, другие защищают алкоголика или наркомана. Некоторые пытаются остановить или контролировать употребление. Многие становятся нервными и у них появляются проблемы в других сферах жизни, возможно в школе.

Дети вырабатывают свои способы выживания в семье с химической зависимостью. Это необходимо, чтобы иметь силу, которая защитила бы их и дала им чувство значимости. Эти защитные механизмы может и хороши в детстве, но во взрослой жизни они могут стать источником проблем (см. табл. «Реактивная модель ролей в дисфункциональной семье»).

Некоторые дети становятся во всем первыми. Это ***дети – вывески, дети – герои***. Они берут на себя дополнительные обязанности по дому, великолепно учатся в школе, становятся лидерами и структурируют жизнь остальным членам семьи. Это их ставят на табуреточку, чтобы они рассказали стихотворение для гостей и показали, что в семье все хорошо. Смотрите, какой маленький, а уже, как взрослый. Для того, чтобы получать любовь и одобрение, они вынуждены быть первыми среди первых. Иначе им не достанется ни тепла, ни ласки. Все силы мамы направлены на спасение папы.

Следующий ребенок вынужден получать внимание за счет своего бунтарства. ***Мальчиш-плохиш.*** Место героя семьи занято, и ему приходиться привлекать внимание и получать вместо одобрения крики и шлепки по попе. Это его место в семье. Они часто являются бунтарями, ведут себя нарочито вызывающе, нагло и пренебрежительно, мечтая отомстить, когда вырастут, чувствуя себя нелюбимыми, неважными, ненужными. За наглым и бунтарским поведением скрывается страх, чувство отверженности, неадекватности.

Когда заняты первые две роли, то выбирается роль ***«миротворца»*** и ***«спасателя»***. Этот ребенок всех мирит, сглаживает, принимает на себя чужие удары. Шутит и веселит всех в семье. Он играет роль буфера и шута, но за этим показным весельем прячется маленький испуганный ребенок.

Четвертая роль в дисфункциональной семье это ***«потерянный ребенок»***. Он предоставлен сам себе. У него богатый внутренний мир. Он не доставляет хлопот и научился выживать сам с собой. Ему немного нужно от того тепла, что осталось.

С годами все дети алкоголиков и наркоманов обнаруживают, что с ними что-то не так. Они не научились переживать гнев и грусть. Выражение своих чувств в детстве не помогало им выживать. Их чувства игнорировались и были наказуемы. Во взрослом возрасте они не в состоянии выражать чувства, а может и чувствовать вообще. ***«Героям»*** нужно кого-то контролировать и быть первыми, чтобы ощущать свою ценность. Продолжают играть свою роль и те дети, которые были «спасателями», они позволяют другим манипулировать собой, что приводит их к потере самоценности, контроля над своей собственной жизнью. ***«Потерянные дети»*** могут никогда не преодолеть свою потребность заботиться о других и удовлетворять их нужды. Такой взрослый ребенок может так никогда и не признать, что у него есть свои собственные потребности, нуждающиеся в удовлетворении. ***«Бунтари»*** обычно попадают в уличную среду и ведут асоциальный образ жизни. Им очень трудно смиряться и приспосабливаться.

Редко можно встретить чистый тип роли ребенка в дисфункциональной среде. Обычно ребенок успевает побывать в нескольких ролях. Дети алкоголиков составляют до 50-60% всех алкоголиков в обществе.

Трагизм положения заключается в том, что благодаря негибкости поведения химически зависимого человека и повторяемости ситуации, у членов семьи закрепляются дисфункциональные модели

реагирования. Их поведение из активного становится реактивным. То есть члены семьи действуют в разных ситуациях одинаково. Боятся новых форм поведения. Боятся что-либо менять и распространяют эти формы реагирования не только на семейные, но и на прочие жизненные ситуации.

И если ничего с этим не делать: не меняться всей семье, не посещать групп самопомощи, человек не выйдет из своей роли. Он понесет ее по жизни и найдет себе партнера, играющего дополняющую его роль, и уже новая семья будет обречена на существование в рамках жестких правил и распределения ролей, и передаст это наследие следующим поколениям. Семьи, живущие по правилам дисфункциональных семей, являются питательной средой для появления новых поколений алкоголиков, наркоманов и дисфункциональных личностей.

8.3. Как разговаривать с детьми о наркотиках

Наверное, это странно, но учиться ничему не нужно – нужно просто попробовать поговорить. Если Вы попробуете, Ваши дети Вас обязательно поймут. И то, что Вас волнует их будущее. И то, что Вы понимаете насколько им непросто сегодня принимать правильные решения. И то, что Вы всегда придете к ним на помощь.

Вы, конечно, можете ничего не делать. Тогда Ваши дети будут слушать рассказы других людей. Возможно и тех, кто принимает наркотики. И может быть даже тех, кто их продает.

Постарайтесь понять отрицание. На самом деле и алкоголь, и наркотики, и сумасшедший внешний вид, и оглушающая музыка - это все различные пути проявления подросткового отрицания. Отрицание – это не всегда плохо. Любой подросток, выражая собственное «Я", противопоставляет себя своим родителям. Таким образом, формируется собственная значимость. Вы через это прошли. Они через это проходят. Нравится нам это или нет – так устроен мир, и мы его не изменим.

Настоящие проблемы начинаются тогда, когда подросток выбирает путь отрицания, который причиняет глубокий вред, разрушает самосознание, и, в конце концов, приводит к смерти.

И в этом истинная сущность наркотиков.

Не отчаивайтесь.

Когда Вы разговариваете с детьми о наркотиках, Вам может показаться, что они Вас совсем не слышат. Не верьте. Даже то, что Вы об этом говорите, для детей имеет огромное значение. Но, несмотря на реакцию Ваших детей, в независимости услышали они Вас или нет - продолжайте. Наступит момент, когда они Вас услышат.

Начинайте как угодно. «У тебя есть знакомые наркоманы?», «Какие наркотики они принимают?», «Что ты об этом думаешь?», «Как ты думаешь, почему ребята начинают принимать наркотики?», «Что ты будешь делать, если тебе предложат наркотики?». Как бы Вы не начинали этот разговор, главное чтобы дети почувствовали, что Вас это очень волнует. Не старайтесь запугать, говорите спокойно и понятно: «Наркотики – это способ причинить себе боль». «Я слишком люблю тебя, чтобы спокойно наблюдать, как твоя жизнь распадается на куски».

Некоторые ***«За и Против»***. Наверное, самое важное «За» – говорите от чистого сердца. Самое главное «Против» – не пытайтесь произносить монологи. Если Вы попытаетесь услышать Ваших детей, действительно услышать и понять, Вы многое узнаете о том, что они думают. О наркотиках. О самих себе. Об окружающем мире. О Вас. Они поймут, что Вы их услышали, и это тоже шаг на правильном пути. Не нужно угрожать. Не нужно ставить себя на пьедестал. Не пытайтесь добиться ответа на вопрос, пробовал ли Ваш ребенок наркотики. Он или она, наверняка, все равно скажет неправду, и разговор потеряет какой-либо смысл.

Если у вас есть серьезные причины полагать, что Ваш ребенок принимает наркотики и есть всевозможные симптомы – это уже другое дело. Тогда Вам необходимо действовать решительно и бескомпромиссно.

8.4. Признаки возможного употребления наркотиков

Физические признаки:
- бледность кожи,
- расширенные или суженные зрачки,
- покрасневшие или мутные глаза,
- замедленная или несвязная речь,
- потеря аппетита и похудание,
- чрезмерный аппетит,
- хронический кашель,
- плохая координация движений.

Поведенческие признаки:
- вялость и апатия, нарастающее безразличие ко всему, ухудшение памяти и внимания, повышенная утомляемость,
- беспричинное возбуждение, резкий подъём работоспособности, отсутствие потребности во сне, бессонница,
- трудность в сосредоточении внимания на чем-либо,
- снижение успеваемости,
- болезненная реакция на критику, частая и резкая смена настроения,
- избегает общения с прежними близкими ему людьми,
- постоянные просьбы дать денег,
- долги,
- пропажа из дома ценных вещей, книг, одежды, видео- и аудиотехники,
- телефонный перезвон,
- самоизоляция, уход от участия в делах, которые раньше были интересны,
- частое враньё, изворотливость и лживость, уход от ответов на прямые вопросы, склонность сочинять небылицы,
- неопрятный внешний вид, проведение большей части времени в асоциальных компаниях.

Очевидные признаки
- следы уколов, порезов, синяки по ходу вен,
- бумажки и денежные купюры, свернутые в трубочку, закопченные ложки,
- капсулы, пузырьки, жестяные баночки,
- лекарства снотворного, успокоительного действия,
- папиросы в пачках сигарет,
- дыры от упавших на одежду сигарет,
- капли типа «визин», чтобы скрыть красноту глаз.

Ну а пока – попробуйте просто поговорить. Это не страшно, что Вы ничего не знаете о наркотиках. Ваши дети знают предостаточно. Им необходимо знать, что Вы об этом думаете. И то, что Вас это очень волнует.

Глава 9. Чувства человека

В этой главе мы с вами попробуем разобраться с таким аспектом внутренней жизнедеятельности человека, как чувства. Как они связанны с зависимым поведением, что с ними происходит до, во время употребления и после.

Попробуйте закрыть себе глаза или уши. Как вам? Не видеть или не слышать. Или представьте, что вы перестали осязать предметы, перестали чувствовать запахи, что часто бывает при сильной простуде. Неприятно и дискомфортно. Не сомневаюсь в этом. Чувства это еще один орган ориен-

тации в этом мире. Они позволяют нам ориентироваться во внешнем и внутреннем мире. Позволяют понимать, что с нами происходит и почему это с нами происходит.

Чувства – это своеобразная вторичная сигнальная система человека.

Чувства – это реакция человека на воздействие окружающего мира, отражение отношения человека к тому, что с ним происходит в жизни, отражение отношения к окружающему миру. Чувства, это наш ответ на то, что происходит вне и внутри нас.

Чувства появились в процессе эволюции, и служат внутренним индикатором на изменения окружающего мира, помогают человеку сориентироваться в жизни и найти путь для удовлетворения собственных потребностей, понимать других людей и строить с ними взаимоотношения.

Когда внешние обстоятельства благоприятны для жизни человека, отвечают его потребностям на данный момент, человек испытывает различные по силе чувства удовлетворения, радости, блаженства. Когда внешняя ситуация несет в себе угрозу жизни, не удовлетворяет потребностям человека, он может испытывать такие чувства, как гнев, неприязнь, тревогу и т.д.

То, какие чувства мы переживаем, зависит от двух обстоятельств.

ВНУТРЕННЯЯ УСТАНОВКА + ВНЕШНИЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА = ЧУВСТВА, и как следствие – ДЕЙСТВИЕ.

Чтоб было понятнее, приведем пример. У меня есть ***внутренняя установка*** (убеждение, правило и т.д.), что меня нельзя трогать без моего разрешения.

Вариант 1. Я иду по улице, ко мне подходит человек и начинает меня трогать (***внешние обстоятельства***). Что я почувствую в таком случае? Скорее всего, недоумение, ошарашенность и злость на этого человека. Я начну защищать свое личностное пространство и, либо попытаюсь отстраниться от этого человека, либо попрошу этого не делать, либо оттолкну его.

Вариант 2. Я в общественном транспорте в «час пик». Соответственно, от других людей некуда деться, меня трогают, меня толкают. Установка осталась прежней, изменились лишь ***внешние обстоятельства***. И я уже не буду реагировать так остро. Скорее всего, я почувствую неудобство и легкое раздражение с досадой. Постараюсь найти место, где не так сильно толкают, и смирюсь. Произведя мысленно корректировку своей установки: «В общественном транспорте в «час пик» от прикосновений других людей никуда не деться».

Вариант 3. Меня трогает родной и близкий мне человек. Чувства, которые я буду испытывать, будут из разряда нежности и радости. Я произвожу мысленную коррекцию своей установки: «Этому человеку можно меня трогать. Я ему это разрешаю».

Достаточно изменить одну из составляющих, и изменяться чувства, либо посмотреть на ситуацию по-другому, либо сделать не так, как привык. Это автоматически приведет к изменению вашей реакции. Если невозможно изменить внешние обстоятельства, всегда можно изменить свое отношение или поведение.

Это важно понимать тем, кто хочет помочь зависимому человеку. Вы не можете заставить его перестать употреблять и стать другим. То, что вы действительно можете в этой ситуации, это изменить свое поведение по отношению к нему. Например, отстраниться и перестать покрывать его употребление. Перестать принимать на себя последствия и боль от его употребления. Либо изменить свое отношение к его употреблению и перестать спасать его и позволить ему самому выбирать, как ему жить и нести ответственность за его выбор.

Не бывает ***«хороших»*** и ***«плохих»*** чувств. Все чувства важны. Есть чувства, которые переживать приятно, и есть чувства, которые переживать неприятно. Но это не говорит, что нужно искусственно избегать или заглушать эти чувства. Люди в силу того, что боятся очень сильных проявлений чувств, действий, которые могут вызвать переживание, автоматически начинают бояться и самих переживаний. Боясь столкнуться с ответными чувствами, люди боятся проявлять свои чувства.

Сталкиваясь с болезненными, сильными эмоциональными переживаниями, человек, в дальнейшем старается уйти от них. Делая все возможное, чтобы подавить их и не чувствовать. Но наша эмоциональная сфера устроена таким образом, что, подавляя неприятные чувства, автоматически подавляются и позитивные. Со временем у человека развивается ***эготизм*** (бесчувствие). И в дальнейшем человек вынужден играть в чувства. Ничего не переживая, он ведет себя подобающим, общепринятым образом. Так как вел бы себя человек, который действительно испытывает чувства.

Когда речь идет о химической зависимости, ее влиянии на эмоциональную сферу человека, мы говорим об изменении природы чувств, о ***«замороженных чувствах»***. Что это значит? Часто ребенок, который впоследствии становится химически зависимым человеком, растет в условиях, где у него не формируется ни высокая самооценка, ни здоровое самолюбие (например, в семье с химической зависимостью, в семье со строгими правилами, регулирующими проявление ярких чувств или чувств вообще, в семье, где есть психически неуравновешенные люди и т.д.). Возможно, какие-то чувства вообще «запрещалось» испытывать. Например, «на родителей злиться нельзя», «мальчики не плачут», «будь скромнее» и т.д. Есть семьи, где чувства делят на «правильные», например: радость, веселье, спокойствие, и «неправильные», например: неуверенность, злость, грусть. При этом разделении, выражение «правильных» чувств поощряется, а «неправильных» - всячески подавляется и запрещается.

Часто при внешнем благополучии семейных отношений, в эмоциональном плане - полная неразбериха и, чтобы выжить, малыш перестаёт чувствовать, доверять своим чувствам, перестает выражать свои эмоции. Ребенок может научиться подавлять и не замечать свои чувства, но из-за природы эмоций, их энергии и силы, чувства никуда не уходят, они остаются внутри человека и как бы «замораживаются», то есть вытесняются, подавляются, им не уделяют внимания, так как они «неправильные, нехорошие».

Химически зависимый с детства отрицает существование у себя эмоций (иначе он просто не может выжить), он боится, стыдится, скрывает свои эмоции, так как считает, что они неправильные, плохие, что испытывать чувства – это проявление слабости. Перестать чувствовать - значит лишиться одной из самых важных функций организма, всё равно, что перестать видеть, слышать, различать запахи. Безусловно, так жить можно, но насколько труднее и беднее жизнь такого человека.

Когда человек сталкивается с алкоголем и наркотиками, он начинает использовать их для того, чтобы не переживать собственные чувства. ПАВ «помогают» не переживать всю полноту чувств, анестезируют их.

По мере развития химической зависимости требуется все больше и больше алкоголя и наркотиков, чтобы снимать напряжение, «обезболивать» неприятные переживания. Основные чувства химически зависимого за время болезни - это стыд, вина, тревога, депрессия, безысходность, теперь еще связанные с самим употреблением и с его последствиями. Самое болезненное состояние - это осознание себя плохим, ненужным человеком. А что нужно сделать для того, чтобы уйти от этих чувств? Нужно принять обезболивающее - наркотик, алкоголь. Получается замкнутый круг: употребление вызывает чувства вины, стыда, страха, депрессию, которые химически зависимый умеет подавлять одним способом – употребляя вещества. В конце концов, наркотизируя собственные чувства, человек совершенно разучивается их выражать. Это один из самых важных симптомов заболевания.

Для чего человеку необходимо выражать чувства?

Во-первых, как сказано выше, чувства – это важная часть жизни человека. Чувства даны природой для выживания. Получая навыки осознания и выражения чувств, человек получает возможность жить наполненной, осмысленной жизнью, становится полноценным хозяином собственной жизни. Постижение собственных эмоций открывает новые перспективы и увеличивает вероятность реализации собственного потенциала.

Чувства – это энергия. Если чувства подавляются и не выражаются прямо, энергия чувства всегда будет искать выход наружу – тем или иным путем. При попытке подавить чувства, затолкать

их вовнутрь, человек получает эффект парового котла, закрытого крышкой. В конце концов, невыраженные чувства могут выходить через психосоматические заболевания, например, через хронические головные боли, язвы желудка, гастриты и т.д. Рак, возможно один из симптомов именно такого подавления. Человек наказывает сам себя.

Первое, что необходимо – научиться осознавать чувства, принимать ответственность за собственные чувства, то есть принимать тот факт, что именно я испытываю то или иное чувство. Осознание чувств позволяет человеку искать приемлемый способ выражения чувства, потребности, стоящей за чувством. Пока чувство непонятно, чуждо, сложно как-то его выразить.

Важно отметить, что чувства не бывают плохими или хорошими, чувства – это просто сигналы, реакция человека на мир. А вот способы выражения чувств, действительно могут быть разными.

Конструктивно обходиться с чувствами – это значит принимать их существование, осознавать и переживать их, использовать их для роста и развития, а так же позволять другим делать то же самое.

Деструктивно обходиться с чувствами – «не чувствовать», а рационализировать, не переживать, а подавлять, не учиться от них, а выносить им оценки. Следовательно, когда человек поступает так, он становится ригидным (не гибким), инертным (энергия чувства подавляется), вялыми, становится неспособен хорошо относиться к себе и другим, не имеет внутреннего спокойствия.

Каждый раз, испытывая то или иное чувство, человек осознает его, используя интеллект, решает, о чем говорит ему это чувство, а затем, используя собственную волю, желание – выражает чувство приемлемым для себя образом. Со временем, используя собственные чувства для собственного развития, человек перестает быть автоматом, реагирующим на воздействия извне, мнение других, поддающимся манипуляциям. Он превращается в думающего, чувствующего и действующего человека.

Чувства важно осознавать и выражать, при этом можно контролировать не сами чувства, а способы их выражения.

ЧУВСТВА

СТРАХ	*ГНЕВ*	*ПЕЧАЛЬ*	*РАДОСТЬ*
ужас	ярость	скорбь	восторг
боязнь	бешенство	тоска	любовь
тревога	ненависть	опустошенность	упоение
неуверенность	злость	одиночество	восхищение
беспокойство	ожесточение	горе	приподнятость
удивление	раздражение	подавленность	достоинство
замешательство	обида	безнадежность	ликование
ошарашенность	досада	беспомощность	наслаждение
оцепенение	уязвленность	сожаление	нежность
растерянность	отвращение	отверженность	блаженство
испуг	ревность	отчаяние	благодарность
недоверие	зависть	бессилие	увлечение
робость	омерзение	недовольство	умиротворение
смятение	нетерпение	уныние	вдохновение
паника	неприязнь		надежда
	презрение		

Хотим отметить, что тут указаны не все чувства, а только не большая их часть.

Глава 10. Изменение поведения. Лечение и выздоровление. Эффективные методики выздоровления

10.1. Модель изменения поведения

В 1986 году, Прохаска и Диклементе предложили модель изменения поведения, включающую в себя пять стадий изменения и стадию рецидива. Теория изменения поведения описывает процесс изменения и мотивы, которые направляют человека принимать решение об изменении своего поведения и сопровождают продвижение по описанным стадиям.

1. Преднамерение

На этой стадии человек не подозревает, что у него есть проблема, или серьезно не думает об изменении поведения. С точки зрения окружающих, проблема может заключаться в необходимости изменения поведения этим человеком.

На этой стадии человек либо просто не обладает достаточной информацией, либо активно сопротивляется ее получению. Около 50% людей отрицают наличие проблемы, необходимость изменений и не могут свободно искать помощи.

Тот человек, который признает наличие проблемы, может испытывать неуверенность в себе. Ему очень трудно признать, неспособность полностью контро-лировать свою жизнь.

Рекомендации по помощи: говорить человеку, не осуждая его, о реальном положении дел, о его употреблении, последствиях и как оно сказывается на вас и окружающих. Говорить ему о себе и своих чувствах. Предлагать помощь. Самим посещать занятия и группы взаимопомощи для родственников и близких зависимых.

2. Намерение

На этой стадии человек начинает признавать наличие проблемы. Он больше подвержен психологическим расстройствам, чем люди, находящиеся в стадии преднамерения, потому что понимает необходимость изменения поведения.

Он пытается понять проблему и начать контролировать свою жизнь, начинает искать поддержки у окружающих. Человек может начать поиск информации, касающейся его проблемы. Но часто он не готов к началу изменений, потому сомневается в своих возможностях. На этой стадии происходит анализ необходимых затрат и возможных преимуществ, в случае изменения поведения. Поэтому стадия намерения может быть довольно продолжительной.

Рекомендации по помощи: давать человеку информацию, где и как он может получить помощь. Поддерживать его намерения решать свою проблему с веществами. Ждать, когда он станет более мотивированным, и делать то же, что и в стадии преднамерения. Поощрять и поддерживать, но не обещать наград и материального вознаграждения. Нести знания и помощь, но не зависимого. Самим посещать занятия и группы взаимопомощи для родственников и близких зависимых.

3. Решение

На этой стадии человек уже владеет достаточной информацией о своей проблеме. Осознает значимость этой информации для себя. Идет процесс осознания возможности действовать. Человек ищет выход из сложившейся ситуации. Принимает решение о том, будет ли он менять проблемное поведение. Обдумывает возможные варианты действий для изменения поведения и условия, необходимые для этого.

Рекомендации по помощи: помочь собрать информацию о возможных учреждениях, где ему могут оказать грамотную, квалифицированную помощь. Узнать о результатах и успехах тех, кто получил тут помощь ранее. Пообщаться с этими людьми. Мотивировать его как можно быстрее обратиться за помощью. Связаться с местной группой выздоравливающих и попросить их помочь прийти на группу впервые. Самим посещать занятия и группы взаимопомощи для родственников и близких зависимых.

4. Действие

Это стадия, на которой человек изменяет свое поведение и влияющие на него факторы. Решение реализуется на практике. Человек начинает чувствовать уверенность в себе, потому что он верит в возможность реализации принятого решения. Окружающие также замечают происходящие изменения и обычно «отдают ему должное» (одобрение других людей очень значимо). Стадия действия обычно является самой кратковременной, но она — самая важная.

Рекомендации по помощи: поддерживать и принимать активное участие в своем и его выздоровлении. Самим посещать занятия и группы взаимопомощи для родственников и близких зависимых.

5. Поддержание

На этой стадии человек пытается укрепить достигнутые результаты и предупредить рецидив. Он прилагает усилия для развития и закрепления достигнутых изменений, т. е. его усилия направлены на достижение оптимальной жизненной ситуации. Для поддержания изменений важна позиция значимого окружения. Если близкие люди помогают и одобряют поступки человека, вероятность рецидивов снижается. В это время человек может испытывать страх перед возможным рецидивом. Со временем чувство страха ослабевает.

Рекомендации по помощи: заниматься своей жизнью. Дать возможность зависимому взрослеть и личностно расти. Не вмешиваться в его жизнь без его просьбы о помощи. Самим посещать занятия и группы взаимопомощи для родственников и близких зависимых.

6. Рецидив

Если человек не может поддерживать произошедшие изменения, возникает рецидив — возвращение к проблемному поведению. Он может иметь серьезные негативные последствия: человек может потерять веру в возможность реализовать собственные решения, влиять на ситуацию, контролировать свою жизнь. Однако не исключено, что он способен вернуться на стадию намерения и совершить еще один оборот по «спирали изменений».

Рекомендации по помощи: понимать, что срыв, это не поражение, а часть процесса. Не осуждать и не винить. Эмоционально поддерживать. Самим посещать занятия и группы взаимопомощи для родственников и близких зависимых.

Данная модель — цикличная, и каждый человек может покинуть ее на любой стадии. Та стадия, на которой находится человек, является главным показателем возможного прогресса: чем дальше человек продвинулся по «спирали изменений», тем возможнее появление положительных результатов.

Вывод: для того чтобы человек принял решение об изменении поведения, главное — создать у него мотив.

Процесс формирования мотивации может быть разделен на четыре главных этапа:

- уверенность в себе, развитие уверенности в себе необходимо, т.к. без нее человек будет не готов к получению информации;
- получение и принятие информации;
- чувство компетентности;
- появление понимания необходимых изменений.

Для того, чтобы помочь человеку достичь желательных изменений поведения, необходимо учитывать следующие моменты:

- мотивация изменений должна исходить от самого человека, а не извне;
- агрессивное убеждение не эффективно в разрешении сомнений и противоречий, возникающих у человека с проблемным поведением;
- человек должен осознать наличие противоречий в своем отношении к проблеме («мне хотелось бы..., но с другой стороны...»);
- человек с проблемным поведением может нуждаться в конкретных квалифицированных консультациях по разрешению противоречий и в эмоциональной поддержке;

- стиль общения должен быть спокойный и дипломатичный, человек сам должен делать выбор, если он способен принимать адекватные решения;
- готовность к изменению не возникает сама собой, а является продуктом личностных переживаний;
- партнерские отношения могут помочь человеку достичь желательных изменений;
- человек нуждается в безопасной обстановке для разрешения своих внутренних конфликтов.

10.2. Модели лечения, реабилитации и выздоровления от зависимостей

Вероятно, как только человечество столкнулось с алкоголем, появились люди, которые употребляли его чрезмерно. И уже тогда пытались решить эту проблему. В этой главе мы рассмотрим модели лечения химической зависимости, которые есть в мире. Которые применяются на территории нашей страны и дают эффект.

Самый простой способ понять есть ли у человека проблемы с химическими веществами, это посмотреть пытается ли он контролировать их употребление. Как только человек приходит к тому, что нужно пить поменьше, можно предположить, что у него есть определенные трудности. Здоровому человеку это даже не приходит в голову. Столкнувшись с симптомами саморазрушения себя веществами, многие люди просто прекращают их употребление и им это удается. По-другому обстоят дела с людьми предрасположенными к зависимости. Они продолжают употреблять, невзирая на последствия употребления. Сами по себе попытки ограничения себя в количестве и частоте употребления, уже являются способами справиться с зависимостью.

В рамках «Био-Психо-Социо-Духовной модели зависимости» способы решения и преодоления можно разделить на четыре сферы.

10.3. Биологические модели

1. Самый примитивный способ, до которого, обычно, додумываются зависимые - это ***смена веществ***. В среде зависимых существует множество мифов о так называемых «легких наркотиках». Производных конопли, разрешенных и продающихся в аптеках препаратах. Мифы сводятся к тому, что при помощи этих веществ человек способен сбить дозу и прекратить употребление более «тяжелых» наркотиков. Возможно, на время это и удастся. Но к длительным ремиссиям такой подход не приводит. Человек обычно с такой же интенсивностью начинает употреблять эти вещества взамен предыдущих. Но удовольствие такое же, как давали они, он получить не может, поэтому рано или поздно возможен возврат к употреблению более сильных препаратов, либо к коктейлям из них. ***Нельзя изменить биохимические реакции организма на любые вещест изменяющие сознание.*** Рано или поздно, зависимый возвращается к наркотику выбора. По сути, ни о какой ремиссии, при которой организм мог бы восстановиться, а психика стабилизироваться, речи не идет. Зависимый по-прежнему продолжает употреблять. Изменилось только вещество. Мы бы назвали этот способ ***условным «снижением вреда»***.

2. То же самое относиться к ***переходу на алкоголь***. Сколько раз мы слышали от родственников наркоманов: «Уж лучше бы он пил, чем кололся»! Практически ничего не меняется. Меняется вещество. А как известно из школьной программы, «от перестановки мест слагаемых, сумма не меняется». Зависимый начинает употреблять алкоголь ежедневно, так как восполнить дефицит эндорфинов здоровыми способами он не может. Так как не умеет получать удовольствие в полной мере без веществ, вызывающих искусственную эйфорию. Безумное и разрушительное поведение продолжается. Зависимый не может пить, как «нормальные» люди. Он зачастую делает это ежедневно, ежемесячно, ежегодно.

3. Следующий, немаловажный для последующего восстановительного процесса метод, это ***Детоксикация***. Без медицинского вмешательства, что называется «на сухую», она длиться от 14 до 21 дня. При этом физические последствия могут пройти и раньше. Мы говорим об эмоциональной стабильности и готовности пациента слышать и чувствовать весь спектр переживаний. И только после этого пациент способен к серьезной и глубокой работе над собой.

При медицинской детоксикации используются вещества, помогающие купировать (заглушить) абстинентный синдром (отмена наркотических веществ) и обострение влечения к веществам (желание употребить вопреки всему и, не смотря ни на что). Особенно это состояние обостряется на 3-5 день. Далее пациент получает специальные медицинские препараты до того момента, пока самостоятельно не начинает спать и не восстанавливает другие функции организма. Параллельно его можно мягко выводить на реабилитационные мероприятия, если он находится в реабилитации.

Очень часто родные путают лечение с выздоровлением. Детоксикация это лечение тела. И только! Детоксикация это первый этап многолетнего процесса выздоровления, а не само выздоровление. Сама по себе, без комплекса последующих мер, детоксикация мало эффективна. И надеется на то, что зависимый только после нее перестанет употреблять вещества, бессмысленно.

Обычно на этом этапе пациенты находятся в П.А.С. (Подостром абстинентном синдроме).

Подострый абстинентный синдром

П.А.С. – это нарушение мозговых функций, отягощенное психосоциальным напряжением (стрессом), или, чтобы сделать это более понятным, П.А.С. – это дисфункция мозга, которая делает невозможным ясное мышление, что в свою очередь нарушает взаимодействие с другими людьми.

Что это значит для выздоравливающего зависимого в ремиссии?

1. 60-75% выздоравливающих страдает от П.А.С.
2. Существует четкая взаимосвязь между напряжением (стрессом) и силой проявления П.А.С.
3. П.А.С. вносит свой вклад в развитие срыва.

4. Сила проявления П.А.С. будет различной в зависимости от числа предрасполагающих факторов.
5. С помощью обучения Вы научитесь вмешиваться в потенциальный срыв.

Признаки развития П.А.С.: наиболее характерной и различимой чертой П.А.С. является невозможность решать обычно простые проблемы.

1. Трудно ясно мыслить: невозможно концентрировать внимание больше, чем на несколько минут. Ухудшается абстрактное мышление. Однообразные, повторяющиеся мысли. Мысли становятся спутанными и хаотичными.
2. Трудно запоминать: нарушения короткой памяти, особенно в состоянии стресса.
3. Трудно управлять чувствами и эмоциями: излишне сильные реакции или отсутствие реакции на ситуацию. Настроение может меняться без видимой причины.
4. Недостаточный отдых во время ночного сна: обычные или тревожные сновидения, сложности с засыпанием или длительным сном, изменение привычного режима сна.
5. Нарушение координации движений: головокружение, нарушения равновесия, проблемы с выполнением пробы «рука-нос», замедленная реакция. Это приводит к неуклюжести, падениям и травмам.
6. Трудно справляться с напряжением (стрессом), часто невозможно различить ситуации с низким и высоким уровнем напряжения.

Выздоровление от повреждений, вызванных зависимостью, требует воздержания, а сами повреждения препятствуют возможности оставаться чистым и трезвым.

ЭТО ОСНОВНОЙ ПАРАДОКС ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ!

П.А.С. – это комплекс симптомов зависимости, вызванных состоянием абстиненции (воздержания). Эти симптомы возникают в результате воздержания от употребления алкоголя или наркотиков. У наркомана или алкоголика эти признаки проявляются на 5-14 день воздержания после стабилизации в процессе детоксикации. Мы научились распознавать эти симптомы зависимости. Таким образом, обрел право на существование термин «сухое похмелье». Эти симптомы обычно достигают пика интенсивности через 3-6 месяцев после начала воздержания, их интенсивность начинает снижаться через 6-24 месяца после начала воздержания при выполнении достаточной программы выздоровления.

Условия, которые создают повышенный риск проявления П.А.С.:

1. Недостаток заботы о себе.
2. Недостаток внимания к своей программе выздоровления.

До 75% выздоравливающих испытывают П.А.С. Эти симптомы являются закономерным этапом выздоровления и обратимы при наличии воздержания и хорошей программы выздоровления. Если зависимый этого не признает, в него может развиться чувство вины и стыда, приводящие к снижению чувства собственного достоинства и изоляции, что создает напряжение (стресс) и усиливает проявления П.А.С.

Нарушения мышления.

1. Навязчивые мысли.
2. Невозможность завершить логическую последовательность высказывания (неустойчивость внимания).
3. Нарушения концентрации внимания.
4. Нарушения абстрактного мышления и концептуализации.
5. Невозможность определить причину и следствие.
6. Невозможность выделять главное и существенное.
7. Периоды замешательства и сложности в понимании простых вещей.

Эмоциональные нарушения.
1. Излишне сильные реакции.
2. Эмоциональная немота.
3. Неадекватные эмоции (развитие эмоциональных реакций без повода).

Нарушения памяти.
1. Ослабление кратковременной памяти.
2. Трудности в приобретении новых навыков.
3. Трудности в обучении и усвоении новой информации.
4. Трудно вспомнить важные события детства.
5. Трудно вспомнить важные события юности и зрелого периода жизни.

Чувствительность к стрессу.
1. Во время сильного напряжения ужесточаются симптомы П.А.С.
2. При низком напряжении симптомы уходят.

Доминирующие черты П.А.С.
1. Нарушение процесса мышления.
2. Эмоциональные расстройства.
3. Нарушения кратковременной памяти.
4. Повышенная чувствительность к напряжению.
5. Органические личностные нарушения, связанные с П.А.С.

Важно знать эти симптомы и понимать, что они являются нормальными симптомами в процессе ремиссии.

4. Следующий метод лечения зависимости - это ***кодировки и блокировки***. Блокираторы типа «Антаксон» и прочие, блокируют опиатные рецепторы и тем самым, не позволяют присоединяться к ним активным, наркосодержащим веществам. Как вспомогательный метод, это может работать, чтобы подкрепить зависимого в первые месяцы ремиссии. Но сами по себе методики, основанные на запрете и страхе эмоционально травматичны для зависимого. Представьте себе, что вы очень нуждаетесь в чем-то, а вам не дают это делать. Вы хотите есть, а вас морят голодом. Вы хотите пить, а вам не дают воды. Биологическим путем психологические проблемы решить невозможно. Зависимые, находящиеся в вынужденной ремиссии, становятся агрессивными, замкнутыми и эмоционально не управляемыми. Их просто ничего не радует вокруг. Они не наслаждаются своей трезвостью, а терпят ее. При этом зависимость может перекочевать в другие сферы жизнедеятельности. И это создает иллюзию решения проблемы. Но напряжение постепенно растет, и, при какой-либо стрессовой ситуации и без того перегруженная психика, скорее всего, даст сбой. Человек терпит. Ему плохо. Напряжение, которое накопилось внутри чрезмерно. Обычно под «горячую руку» попадают самые близкие и родные. Потому что сбрасывать на них свою злость легче и безопаснее всего.

Достаточно в большом количестве случаев, зависимый начинает экспериментировать, «пробивая кодировку». Ни страх остаться инвалидом, ни страх смерти не может остановить большинство зависимых. Им настолько плохо, что они готовы рискнуть всем. Без последовательной, психотерапевтической работы во время кодировки, этот метод может нанести больше вреда, чем пользы.

5. Самый радикальный способ решения проблемы зависимого поведения медицинским путем, это операция по ***разрушению «центра удовлетворенности»***. В этом случае путем стереотаксической операции разрушают часть «центра удовлетворенности». Человек перестает получать удовольствие от употребления и по логике должен прекратить употребление. Но параллельно он перестает получать удовольствие и от жизни. От еды, секса, красоты вокруг и всего остального. По сути, он становится «растением» или роботом.

Итак, подводя итог всему выше сказанному, мы увидели, что медицинская модель считает лечение прерогативой медицины исключительно врачей. Оценивая ее, следует помнить следующее:

- если врач сообщает вам, как называется ваше недомогание, это еще не значит, что он знает, что это такое;
- медицина преуспела в лечении абстинентного синдрома и это достижение невозможно недооценивать;
- абстинентный синдром опасен только при прекращении употребления алкоголя и седативных препаратов (наркоманы умирают не от «ломок», а от передозировки наркотиками);
- цель лечения: сделать возможным прекращение употребления;
- абстинентный синдром – не сама наркомания, а только ее признак;
- врачи, как никто другой могут помочь пациенту на первом этапе, но не более;
- воздержание дает возможность начать лечение причин употребления;
- цель данного этапа – создать возможности для ремиссии.

БОЛЬШИНСТВО СПОСОБОВ ВОЗДЕЙСТВИЯ – ЗАПРЕТИТЕЛЬНЫЕ: врачи в роли Богов против биологической реальности.

10.4. Психологическая модель

Основана на утверждении: «Надо решить личностные проблемы и все будет хорошо».

Суть психотерапии – личная ответственность за свою жизнь или иначе: «Ты все можешь сам».

Парадокс этого подхода заключается в том, что у зависимых есть предыдущий личный опыт, который привел к потере контроля над веществами и жизнью в целом. Привлекательность для зависимого состоит в том, что выздоровление достижимо за сравнительно короткий срок! Нет необходимости в пожизненной поддержке.

Достаточно большое количество зависимых осознав, что есть проблемы с веществами, обращаются за помощью к психологам, психиатрам и психотерапевтам. Надеясь решить проблему зависимости только путем решения внутренних конфликтов и проблем. Психиатры обычно выписывают медикаменты, и мы автоматически возвращаемся к решению проблемы медикаментозным путем. Психологи начинают работать с зависимостью, как с симптомом внутренних противоречий. И довольно быстро их находят. Но поскольку терапия это процесс, причем весьма долгий, а обострение влечения у зависимого может случиться в любой момент, этот способ решения тоже зачастую не дает положительного эффекта.

Большинство зависимых продолжают употреблять, параллельно посещая психолога. Если мы обратимся к западному опыту, то в странах, где решение наркомании и алкоголизма поставлено на поток, ни один психолог или психотерапевт не возьмется за терапию зависимого, без параллельного посещения им групп «Анонимных Алкоголиков» или «Анонимных Наркоманов». И без работы с семьей зависимого. Так как, помимо всего прочего, зависимость рассматривается не как проблема отдельного человека, а как семейное заболевание.

10.5. Социальная модель

Если мы говорим о социальных попытках решения проблем, то необходимо начать с мифов, которые существуют в среде обывателей. Достаточно большое количество людей, заблуждаясь, считают наркоманию и алкоголизм, как в прочем и другие зависимости, распущенностью или слабой волей. И наивно полагают, что если человека загрузить работой, занять любимым делом, женить/выдать замуж, перевести на другое место жительства, то этот человек перестанет употреблять.

Возможно, это и срабатывает на первых этапах развития зависимости, но это не означает полного решения проблемы.

Если говорить о более серьезных подходах в решении проблемы, то можно говорить о нескольких вариантах.

1. Трудотерапия в условиях замкнутого социума (общины). Социальная изоляция зависимых, где они в течение нескольких месяцев или лет, занимаются бытом общины и другими работами. Важно понимать, что, как бы не был велик срок пребывания в общине, человеку, рано или поздно, придется выходить из нее в социум. Сама по себе изоляция и время, проведенное в ней, имеют смысл, если за время изоляции, пациент получает опыт трезвой жизни, решает свои проблемы, нарабатывает потенциал, который он сможет применить вне общины. Если этого не происходит, то пациент просто приспосабливается к существующим правилам внутри общины, подстраивается под них и может сохранять трезвость исключительно внутри общины. Большое число таких «выздоравливающих», попадая в привычную социальную среду, зачастую агрессивную, с множеством соблазнов, не способны к длительным ремиссиям. Важно, находясь в изоляции работать над собой и своим заболеванием на разных уровнях. Это значительно повысит шансы оставаться трезвым после выхода.

2. Принудительное лечение. То принудительное лечение, которое существует, условно говоря в России, основано на блокираторах и антагонистах химически активных веществ. На данный момент эта система практически не дает результатов и является формальной.

Если же говорить о пенитарной системе, о «лечении» химической зависимости путем лишения свободы в «местах не столь отдаленных», то, учитывая всю вышеизложенную информацию, этот способ можно назвать абсолютно не эффективным и не учитывающим особенности проблемы. Это все равно, что изолировать больных гриппом, если они позволяют себе кашлять. При отсутствии хорошо налаженной системы государственной реабилитации, требовать от зависимых самостоятельно прекратить употребление, как минимум, ошибочно.

Заключение. Без целого комплекса реабилитационных мер, не возможно помочь зависимому прекратить употреблять ПАВ.

3. Образовательная модель. Этот подход осуществляется благодаря обучению и внушению прелестей здорового образа жизни. Рекламные компании с привлечением знаменитых людей. Социальная реклама запугивающего характера. Специфическая, компетентная информация о заболевании, его течении и о моделях и путях выздоровления. Это модель имеет свои плюсы, но одна недостаточна для прекращения употребления.

10.6. Духовная модель

В данный момент на территории Российской Федерации, наиболее многочисленными являются реабилитационные центры, основанные на религиозном подходе реабилитации. Центры принадлежат различным религиозным конфессиям. Несомненный плюс этих центров их доступность (***низкопороговые центры***), ввиду низкой стоимости проживания на их территории.

Эта модель реабилитации построена на изоляции, трудотерапии и изучении религиозной литературы и применении в жизнь принципов данной религиозной конфессии. Зачастую проблема возникает с теми зависимыми, кто полностью пытается переложить свою ответственность на волю Высших сил. В данном подходе важно помнить старую пословицу: «На Бога надейся, а сам не плошай». Вера без действий – мертва. Вера в процессе выздоровления должна стать рабочей. Нельзя отрицать биологической реальности и роли в выздоровлении самого человека.

Рассматривать заболевание как грех и наказание за грехи приводит к усугублению у зависимых и без того огромного чувства вины и стыда. Высшая Сила должна быть любящей и поддерживающей. Важно помнить, что любой в отдельности путь выздоровления - это всего лишь одна четвертая часть от общего.

Тут мы подходим к еще одному важному понятию, которое нам необходимо для понимания процесса выздоровления. Понятие это - ***Здоровье или качество жизни***. Понятие здоровье имеет множество определений. В историческом плане представление о формировании здоровья человека сводилось к одностороннему восприятию. Самым популярным и, пожалуй, наиболее сконцентрированным следует признать определение, данное Всемирной Организацией Здравоохранения: «Здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или физических дефектов».

Вот от этого определения мы и будем отталкиваться в дальнейшем. И остальные понятия, которые нам необходимы в дальнейшем, напрямую связанны с определением здоровья. Так как, мы помним, что для выздоровления человека необходимо помогать выздоравливать его телу, психике, душе и оздоравливать социум.

Разница между лечением и выздоровлением

Информация, которую мы даем пациентам - это образование, выздоровление – глубокая, внутренняя работа.

Образование направлено на развитие понимания пациентом происходящих процессов: проявления болезни, эмоциональные проблемы, семейные проблемы.

Образование обращено к познавательной способности человека.

Лечение заключается в слиянии познавательных процессов и формировании мотивации на изменение своего поведения.

Пациент получает сведения о болезни для того, чтобы идентифицировать себя с другими зависимыми и разобраться так ли у него.

Лечение – создание безопасных условий для выздоровления.

Цель лечения - устранение препятствий, мешающих выздоровлению.

Цель лечебного процесса - помочь пациенту эмоционально стабилизироваться.

ЛЕЧЕНИЕ - НЕ ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ!

10.7. Группы взаимопомощи. Программа «12 шагов» Анонимных Алкоголиков, Анонимных Наркоманов

1. Мы признали свое бессилие перед своей зависимостью, признали, что наша жизнь стала неуправляемой.
2. Мы пришли к убеждению, что только Сила, более могущественная, чем мы сами, может вернуть нам здравомыслие.
3. Мы приняли решение препоручить нашу волю и жизнь Богу, как мы Его понимали.
4. Глубоко и бесстрашно оценили себя и свою жизнь с нравственной точки зрения.
5. Признали перед Богом, собой и каким-либо другим человеком истинную природу наших заблуждений.
6. Полностью подготовили себя к тому, чтобы Бог избавил нас от наших недостатков.
7. Смиренно просили Его исправить наши изъяны.
8. Составили список всех тех людей, кому причинили зло и преисполнились желанием загладить свою вину перед ними.
9. Лично возмещали причиненный этим людям ущерб, где только возможно, кроме тех случаев, когда это могло повредить им или кому-либо другому.
10. Продолжали самоанализ и, когда допускали ошибки, сразу признавали это.

11. Стремились путем молитвы и размышления углубить соприкосновение с Богом, как мы понимали, молясь лишь о знании Его воли, которую нам надлежит исполнить, и о даровании силы для этого.
12. Достигнув духовного пробуждения, к которому привели эти шаги, мы старались донести смысл наших идей до других наркоманов и применять эти принципы во всех наших делах.

Под словом Бог в 12-ти шаговых сообществах каждый понимает то, что приемлемо для него лично. По этой программе успешно выздоравливают христиане, атеисты, мусульмане, иудеи, буддисты, католики, протестанты и многие другие, люди, верующие в судьбу и некий общий дух гармоничности устройства вселенной. Программа не религиозна, а духовно ориентированна. Каждый волен верить в то, что ему понятно и близко. Вера в программе рассматривается как призыв и руководство к действию. Она становится рабочим инструментом выздоровления и изменения личности.

Разумеется, одно только знакомство с приведенными формулировками шагов не даст возможности глубоко понять сущность программы «Анонимных Наркоманов»и «Анонимных Алкоголиков», а тем более начать с ее помощью решать проблемы зависимости. Для этого необходима и более обширная информация, содержащаяся, в частности, в многочисленных книгах, посвященных «Программе 12 Шагов», а самое главное - живое общение с выздоравливающими, и значит, людьми, активно работающими по программе и имеющими возможность поделиться своим опытом выздоровления.

Как возникло движение «Анонимных Алкоголиков»

Движение «Анонимные Алкоголики» (АА) и впервые сформулированная в этом движении «Программа 12 Шагов» явились одновременно и предпосылкой (исторической и идейной) и следствием развития и реализации идеи «терапевтической общины», «терапевтического сообщества». «Программа 12 Шагов» стала воплощением в конкретную практику человеческих взаимоотношений первоначального, заложенного еще в первые века христианства, смысла понятия «терапия» (от греч. therapeia) как «совместного служения Богу и друг другу».

Основанные на раннехристианских традициях, идеи будущей «Программы 12 Шагов», пройдя через Средневековье, получили свое развитие в эпоху Реформации, а затем в движении Евангелистов XIX века. «Новейшая история» основных положений Программы начинается с конца XIX века, когда известный лютеранский пастор из Пенсильвании, доктор Фрэнк Бушмен основал в Англии движение под названием «Христианское братство первого века». В период с 1921 по 1939 годы это движение называлось «Оксфордская группа». Позже ему было дано новое название - «Движение за моральное перевооружение». Видным деятелем этого движения стал епископальный священник Сэмюель Шумейкер. В «Оксфордской группе» понимание недостаточности индивидуалистического, изолированного от других людей и от Церкви подхода к решению собственных мировоззренческих проблем, привело к выработке некоторых рекомендаций, служащих как бы вехами на пути становления зрелого христианина, дающих человеку возможность более полно и предметно оценить степень реализации христианских принципов в своей жизни.

Переработанные основателями движения АА Уильямом (Биллом) Уилсоном и Робертом (Бобом) Смитом, также в разное время участвовавшими в «Оксфордской группе», принципы этого движения составили основу «Программы 12 Шагов Анонимных Алкоголиков».

Движение «Анонимных Алкоголиков» широко распространилось по всему миру. В настоящее время количество групп этого движения превышает сто тысяч (более чем в 200 странах мира), ежегодно только в США и Канаде возникает примерно 4000 новых групп и число участников движения постоянно растет. Миллионы людей, многие из которых потеряли в своей жизни все, людей, покинутых близкими и обществом, благодаря АА вернулись к полноценной жизни, обретя осмысленную и счастливую трезвость, которая выражается не только в отказе от любых наркотических веществ и алкоголя, но, прежде всего, в новом (в широком смысле - трезвом) взгляде на мир, других людей, себя, свои отношения с Богом.

Именно в этом, по-видимому, кроется причина необычайно высокой эффективности Программы и построенных на ее основе терапевтических подходов. Эти подходы - ***не терапия в традиционном смысле, а новый образ жизни,*** или, иначе, не что иное, как некоторое упорядочение и своеобразная конкретизация (применительно к решению частных вопросов) основ христианской общинной жизни, реальная практика восстановления истинной соборности.

Со временем «Программа 12 Шагов» и работающие на ее основе группы самопомощи стали источником новой жизни и для людей, страдающих другими видами зависимости. Прежде всего - это группы, объединяющие родственников алкоголиков. Движение, включающее в себя эти группы, получило название Ал-Анон, сообщество Анонимных Наркоманов, существующее с 1953 года и группы родственников наркоманов - «Нар-Анон». Возникли также группы для подростков (Алатин) и детей (Алатот) из алкогольных семей. В последнее время наблюдается большое развитие сообщества Анонимных Игроков.

Большое значение для последующей популяризации Программы, и развития включенных в нее психологических концепций имело движение «Взрослые дети алкоголиков», объединившее всех, кто вырос в алкогольных и любых иных неблагополучных семьях. Как выяснилось, все эти люди (а это, как показывает практика, абсолютное большинство вообще всех людей) являют некую общую специфику имеющихся у них личностных проблем, которая и служит основой для формирования в последующем тех или иных видов зависимости. «Программу 12 Шагов» стали применять и для решения вполне конкретных проблем другого рода, например, таких как переедание, зависимость от сексуальных отношений, от накопительства, от азартных игр, и даже от неукротимого стремления одалживать деньги.

Кроме того, пользуясь этой же программой, люди стали успешно справляться со своими эмоциональными трудностями, работая, например, в таких группах, как «Анонимные Эмоционалы» и многих других.

С конца 80-х годов в нашей стране тоже стали появляться первые группы «Анонимных Алкоголиков» (АА), а несколько позже - и «Анонимных Наркоманов» (АН). За прошедшие годы эти движения, особенно АА, значительно разрослись и окрепли. Сейчас в России около сотни групп АА и АН, в которых обрели трезвость уже тысячи людей.

На собрании групп самопомощи «Анонимные Алкоголики» или «Анонимные Наркоманы» может присутствовать всякий, считающий, что он имеет проблемы с алкоголем или наркотиками. Родственники этих людей, их друзья, а также все интересующиеся проблемой алкоголизма или наркомании, могут посещать так называемые «открытые» собрания этих групп. В списке групп дни этих собраний указаны особо.

Очень важно, чтобы родственники наркоманов сами начали работу в специальных группах самопомощи. Движение родственников наркоманов называется «Нар-Анон» - от слов «НАРкоманы АНОНимные» - является наиболее действенным средством выхода из тупика, в котором оказываются ВСЕ члены семьи, где кто-то из ее членов употребляет наркотики.

Собрания групп проходят в специально установленном порядке. В первой части собрания присутствующие, назвав свои имена (но не фамилии) и свое отношение к проблеме, могут, если хотят, высказаться по обсуждаемой на данном собрании теме. При этом следует опираться, прежде всего, на свой собственный опыт и говорить только о себе и от себя, избегая общих рассуждений и обобщений. Не принято задавать выступающим вопросы и вступать с ними или с другими присутствующими в дискуссии. Во второй части собрания, которая, как правило, проходит за чашкой чая, общение уже ничем не ограничено, хотя и здесь не приветствуются разговоры на темы, не имеющие непосредственного отношения к выздоровлению от зависимости, поскольку главная и единственная цель этих групп - помощь в решении проблем, связанных с зависимостью.

ОБЕЩАНИЯ ПРОГРАММЫ

1. Мы познаем новую свободу и новое счастье.
2. Мы не будем ни сожалеть о прошлом, ни пытаться захлопнуть за ним дверь.
3. Мы поймем новый смысл слова «смирение». Мы познаем мир и покой.
4. Вне зависимости от того, как низко мы пали, мы увидим, как наш опыт приносит пользу другим.
5. Пройдет чувство собственной бесполезности и жалость к себе. Мы утратим эгоистический интерес к вещам и приобретем интерес к членам нашего сообщества. Самокопание закончится.
6. Наши отношения и взгляды на жизнь изменятся в корне.
7. Боязнь других людей и экономическая неуверенность покинут нас. Мы интуитивно почувствуем, как справляться с ситуациями, которые прежде ставили нас в тупик.
8. Мы неожиданно осознаем, что Бог делает для нас то, что мы не могли сделать для себя самостоятельно.

Миннессотская модель лечения и реабилитации наркоманов и алкоголиков.

Необычайно высокая эффективность «Анонимных Алкоголиков» и других подобных движений послужили американским специалистам стимулом для создания в конце 40-х годов так называемой Миннесотской модели лечения. (Первый реабилитационный центр был открыт в штате Миннесота). В отличие от движений самопомощи, эта модель является профессиональным подходом к решению проблемы. В ней духовные принципы работы групп АА объединены с достижениями психологии, психиатрии, социологии и других наук. Миннесотская модель стала первой терапевтической программой, разработаннной с учетом этапности развития заболеваний, вызванных употреблением ПАВ, симптомов этих болезней, связанных с состоянием воздержания, изменений, происходящих с пациентом в процессе работы по программе реабилитации на биологическом, эмоциональном, когнитивном, поведенческом, социальном и нравственном уровнях.

Широкое развитие Миннесотской модели в США позволило этой стране создать принципиально новый государственный подход к решению проблемы алкоголизма. Именно благодаря этому подходу США, как мы уже упоминали, стали пока единственной в мире страной, в которой удалось остановить распространение такой угрозы обществу, как алкоголизм, и даже снизить официальные цифры заболеваемости этой болезнью.

Все лечебные программы, использующие Миннесотскую модель, основаны на концепции терапевтического сообщества. В них нет традиционного для «обычной» медицины противопоставления врача пациенту. Основную роль в этих программах играют так называемые «консультанты», большинство которых - это люди, преодолевшие путем работы по «Программе 12 Шагов» собственные проблемы, связанные с алкогольной, наркотической или другой зависимостью. Чтобы работать консультантами, они получают специальное образование, но это не превращает их во «всемогущих» манипуляторов и вершителей чужих судеб, а лишь помогает им использовать собственный опыт во благо других людей.

Система реабилитационных центров «Монар» (Польша).

Основатель концепции реабилитации ***Марек Котаньский***. На сегодняшний день активно функционируют несколько десятков реабилитационных центров «Монар», расположенных по всей Польше. Существуют специализированные центры, оказывающие помощь специфическим группам наркозависимых: молодым матерям, подросткам и детям, ВИЧ - инфицированным, наркозависимым с двойным диагнозом и т.д. В каждом центре насчитывается от 15 до 45 проживающих.

Обычно здание реабилитационного центра находится на окраине города или в пригороде на отдельно огороженной территории.

Длительность реабилитационной программы регламентируется каждым центром индивидуально. Обычно срок пребывания в центре составляет 1,8 года. Однако в настоящее время наблю-

дается тенденция к сокращению срока реабилитации от 3-6 месяцев до 1 года в связи с сокращением финансирования и повышением интенсивности реабилитационных мероприятий, а также совершенствованием системы амбулаторной помощи. Постреабилитационный процесс включает в себя систему хостелов, как промежуточный этап между реабилитационным центром и полной социальной адаптацией, специальные квартиры, группы поддержки и взаимопомощи.

В основе программы реабилитации лежит идея терапевтического сообщества. Основной принцип терапевтического сообщества – все равны перед законами и нормами, которые вырабатываются самим сообществом на еженедельных встречах. Коллектив - ведущий рычаг в реабилитационном центре. Только все сообщество может принимать решения по функционированию дома, определяя задачи и нормы, обязательные для всех.

Руководителем центра является директор, который должен совмещать в себе функции лидера, иметь опыт работы в качестве терапевта не менее 5 лет и быть автором программы реабилитации. Кадровый состав представляют собой подготовленные члены сообщества, вылечившиеся от наркотической зависимости, дипломированные специалисты со специализацией в области реабилитации наркозависимых (в основном это психологи и педагоги). Медицинский персонал включает в себя приглашенных психиатра и терапевта, а также медицинскую сестру на постоянной основе. В каждом коллективе существует программа супервизорской поддержки.

Одним из позитивных эффектов программы реабилитации в центрах «Монара» состоит в том, что с течением времени в реабилитационном центре складывается самоподдерживающая реабилитационная система с основой на прошедших реабилитацию клиентах. Члены сообщества должны занимать в нем активную позицию. Польза каждого зависит от способностей личности, а также от полезности каждого задания для жизни сообщества. Важно поддержание структуры сообщества, основывающегося на оптимальном использовании интеграции, доброй воли и гуманизма для всех своих членов, при котором достоинство личности является приоритетно важным, представляет собой важный компонент данной системы.

Основная задача реабилитации – вернуть наркозависимому утраченные социальные и психологические функции. Клиентом реабилитационного центра может стать любой человек, имеющий проблемы вследствие употребления наркотиков. Для этого необходимо обратиться либо непосредственно в один из реабилитационных центров, либо в специальные консультационные пункты. В консультационном пункте с наркозависимым проводится первичное собеседование и подбирается центр, программа и условия пребывания в котором наиболее соответствуют индивидуальным потребностям клиента. В отдельные центры существует очередь до 6 месяцев, в течение которых должен поддерживать постоянную связь с представителями «Монара». Важным условием является наличие мотивации у самого наркозависимого пройти процесс лечения.

Основное внимание при поступлении уделяется не медицинскому, а социальному и психологическому диагнозу. При этом важно построить доверительные и открытые отношения между терапевтом и клиентом. Первый элемент контакта должен учитывать то, что терапевту необходимо получить клиента (а особенно это касается подростков и молодежи) право на оказание помощи, т.е. построить такие отношения, когда терапевт сможет что-либо требовать. Реабилитационный процесс предполагает наличие равновесия между любовью, безопасностью, четкими границами и требованиями. Должно быть партнерство существования между терапевтом и клиентом, несмотря на возможное недоверие. Терапевт выступает как образец, модель поведения.

Вся работа в центрах «Монар» основывается на накоплении положительного и отрицательного опыта совместного проживания. Отрицательный опыт играет важную роль, так как он помогает пережить страх неудач и возможность их преодоления. Каждый резидент имеет своего курирующего наставника или психотерапевта.

В течение первых двух недель пребывания в центре клиент должен пройти медицинский осмотр с участием психиатра, а также психологическую диагностику. В контексте процесса реабилитации проводится индивидуальная и групповая терапия.

Индивидуальная терапия. Периодичность – 1 час/1,5 часа 1 раз в неделю с прикрепленным терапевтом.

Групповая терапия в различных формах. Собрания терапевтического сообщества включают в себя:

- Ритуальные собрания - регулярные утренние и вечерние встречи, имеющие свою структуру и ритуалы. Утреннее собрание проводится по следующему порядку: философия центра, новости дня, раздача заданий на день (работа по кухне, по дому, по саду и огороду, ремонт помещений и т.д. – при распределении используется принцип ротации, чтобы каждый имел свою часть работ), девиз дня. Утреннее собрание выступает в качестве структурированной терапии, в которой важными элементами являются общий климат, ключевые процедуры, настроение. Вечернее собрание обычно гораздо менее структурировано и имеет своей целью подведение итогов дня.
- Терапевтические собрания занимаются решением индивидуальных и групповых проблем. Периодичность – 1-2 раза в неделю продолжительностью от 2,5 до 4-х часов. На этих встречах решаются вопросы и проблемы, которые возникли в отношениях, при работе и.д. Запросы на темы групп собираются предварительно членами сообщества с обоснованием, почему именно эта тема важна для сообщества в данный момент. Группа работает в двух плоскостях: план содержания и план выражения. Обычно в таких встречах принимает участие весь персонал центра. Кроме этого, на подобных собраниях решаются вопросы о возможности перевода с этапа на этап, поездки домой и т.д.
- Организационные встречи – основная задача – решение организационных вопросов жизни терапевтического сообщества.
- Встречи-интервенции проводятся для разрешения кризисных ситуаций, например: что-то происходит с другим, со мной, с группой. Для организации такой встречи любой член сообщества имеет право позвонить в колокол, и все должны немедленно собраться в специально отведенной для встреч комнате (в ней не проводится больше никаких мероприятий, кроме встреч сообщества).
- Каждый резидент имеет свой индивидуальный план лечения, который обсуждается с терапевтом, и составляются персональные задачи реабилитации. Главное условие составленного плана - чтобы он был успешным и конкретным. Все задачи записываются в личное дело, и от их выполнения зависит переход на следующий этап реабилитации.

Правила нахождения в реабилитационном центре формируются каждым сообществом в отдельности. Наиболее распространенными являются следующие требования терапевтического сообщества:

1. Абсолютное воздержание от наркотиков и ПАВ.
2. Запрет на любую физическую и вербальную агрессию.
3. Разрыв с наркоманским прошлым (атрибутика, одежда, музыка и т.д.)
4. Постоянное наблюдение и поддержка других членов сообщества.
5. Готовность к обратной связи о себе и других.
6. Готовность помогать другим по принципу: «Помогая другим, ты помогаешь себе».
7. Активное участие в жизни сообщества.
8. Полное подчинение сообществу.
9. Сексуальная абстиненция.
10. Полное доверие группе.

За безопасность сообщества отвечает Служба Охраны Монара – СОМ. В каждом реабилитационном центре она формируется из наиболее уважаемых и авторитетных членов сообщества с большим сроком ремиссии. СОМ имеет право проверять состояние резидентов, досматривать их вещи, контролировать порядок в Центре, пресекать доступ посторонних на территорию.

Этапы процесса реабилитации:

1. «Новичок». На этом этапе важно осознание ценностей и правил сообщества. Создается и укрепляется мотивация на продолжение лечения, определяются основные задачи и перспективы реабилитации. Продолжительность – 1,5 месяца.
2. «Хозяин». Данный этап выполняет задачи социального тренинга, обучение навыком взаимодействия, сбора информации, функционирования в коллективе в различных ролях. «Хозяин» – это человек, прижившийся в доме. Из них складывается домоуправление, они распределяют роли и т.д. Продолжительность – 2-3 месяца.
3. «Организатор». На этом этапе ставится задача приобрести навыки нахождения в больших группах людей без страха, как сориентироваться в больших учреждениях, уметь отстаивать свою точку зрения, навыки ассертивного (умение говорить нет) поведения. Продолжительность – 1 месяц.
4. «Опекун». Основная задача – работа с эмоциональной сферой резидента. Важно дать время для распознавания своих чувств, научиться жить как с позитивными, так и с негативными чувствами, уметь их различать. Часто это ключевая проблема наркозависимых – осознание себя и своих чувств по отношению к различным сторонам действительности. Важным считается не начинать разговор о глубинных чувствах и эмоциях слишком рано. До этого этапа обсуждаются только сиюминутные эмоции «здесь и сейчас». Продолжительность – 2-3 месяца.
5. «Созидатель». Основная задача этапа – планирование своей жизни после окончания реабилитации. Резиденты на этом этапе тренируются, обучаются, ходят на встречи за пределы реабилитационного центра. Частые поездки домой, продолжительность – 3-4 недели.
6. «Жители». Это независимые члены сообщества, которые посещают реабилитационный центр наездами. Однако на них полностью распространяются действие принципов и норм сообщества. «Жители» приглашаются на совместную работу с терапевтами (совместное дежурство, встречи с резидентами и т.д.). Для поддержания результатов лечения важно поддерживать в людях принадлежность к программе.

На каждом этапе лечения существует свой лидер и свои терапевтические встречи. Важно, что продолжительность каждого этапа может быть различной в зависимости от индивидуального темпа прохождения программы резидентом. После окончания лечения клиенты становятся «совладельцами» центра. Они могут приехать в любой момент с друзьями, близкими, семьей, имеют право направить своих людей на лечение и они будут приняты без очереди. Все эти элементы являются важным, поддерживающим ремиссию, фактором.

Обычно каждый центр имеет программу поддержки и работы с семьями резидентов. Используется системный подход в организации терапевтического компонента работы с семьей, проводятся как индивидуальные, так и групповые терапевтические и обучающие занятия с родственниками и близкими резидентов. Кроме этого, часто родители имеют возможность принимать участие во всем, что происходит в центре.

В центрах «Монара» особое внимание уделяется программам профессиональной и образовательной подготовки. Часто центры имеют свои автомастерские, столярные мастерские, сады и огороды, фермы и т.д. После определенного времени (5-6 месяцев) нахождения в центре резиденты имеют возможность получать образование в местных школах и училищах. Кроме этого, комплекс реабилитационных мероприятий включает в себя обязательные занятия спортом. Несколько раз в год организуются специальные лагеря и поездки, которые проводятся в активной форме и демонстрируют возможность интересной жизни, свободной от наркотиков.

Глава 11. Этапы выздоровления семейной системы и химически зависимого, как ее части

11.1. Созависимость

Термин ***«созависимость»*** появился в результате изучения природы химической зависимости, ее воздействия на человека и влияния, которое это заболевание оказывает на окружающих. Вначале комплекс симптомов, характеризующих непьющие жертвы алкоголизма, назывался «пара-алкоголизм». Со временем, когда алкоголизм стал рассматриваться как частный случай общей химической зависимости (наркомания, пристрастие к препаратам, вызывающим изменение сознания, токсикомания и т.д.), этот термин был заменен на «созависимость». Иными словами, человек близкий алкоголику зависит от алкоголя опосредованно, т.е. алкоголик зависит от алкоголя, а созависимый от самого алкоголика. Но «зависит от алкоголика» слишком общая фраза. Мы все в той или иной степени зависим друг от друга.

Созависимость отличается от других видов зависимости и имеет свои специфические черты, которые носят болезненный характер. Болезненный в силу того, что мы зависим от больного человека и как бы заражаемся его болезнью. Но, как и с любой другой болезнью, заражение происходит не сразу, и у каждого человека в силу уникальности его личности, событий его прошлого и жизненного опыта заражение и развитие болезни происходит специфическим образом.

Если у человека хороший иммунитет, то вероятность возникновения у него инфекционных заболеваний ниже, чем у человека с ослабленным иммунитетом. Поэтому, созависимостью страдают люди, с так сказать подорванным в детстве духовным иммунитетом. Люди из дисфункциональных семей, где были нарушены эмоциональные узы, связывающие членов семьи, из семей, где царили нездоровые, негибкие, бесчеловечные правила, люди, перенесшие детскую травму необязательно от родителей, но от значимых людей: учителей, друзей, общества. К числу лиц с «подорванным духовным иммунитетом» можно отнести жертв физического, эмоционального, сексуального насилия, самих химически зависимых.

В широком понимании термин «созависимость» применяется в отношении супругов, партнеров, детей и взрослых детей алкоголиков, которые почти всегда развивались в дисфункциональной семейной системе. ***Созависимым можно считать любого человека, живущего в неблагополучной семье с нездоровыми правилами, способствующими созависимым отношениям.***

Созависимость - состояние, которое в значительной мере является результатом адаптации к семейной дисфункции. Это закрепившаяся реакция на стресс, которая с течением времени становится скорее образом жизни, нежели средством выживания (чем она была в начале). Показательно, что когда стресс прекращает свое влияние, созависимый продолжает действовать в своей среде так же, как если бы угроза угнетения продолжала существовать.

По определению Шэрон Вегшейдер Круз, которое отражает сочетание поведенческих и внутрипсихических элементов: «Созависимость - это состояние, которое характеризуется сильной поглощенностью и озабоченностью, а также крайней зависимостью (эмоциональной, социальной, а иногда и физической) от человека или предмета. В конечном счете, такая зависимость от другого человека становится патологическим состоянием, которое влияет на созависимого во всех других взаимоотношениях.

Для такого состояния характерны:

- заблуждения, отрицание, самообман;
- компульсивные действия (неосознанное иррациональное поведение, о котором человек может сожалеть, но все же действует, как бы движимый невидимой внутренней силой);
- замороженные чувства;

- низкая самооценка;
- нарушения здоровья, связанные со стрессом.

По определению Мелоди Битти, одного из самых известных специалистов по созависимости, «созависимый - это человек, который позволил, чтобы поведение другого человека повлияло на него, и который полностью поглощен тем, что контролирует поведение этого человека. Другой человек может быть ребенком, взрослым, любовником, супругом, папой, мамой, сестрой, бабушкой или дедушкой, клиентом, лучшим другом. Он может быть алкоголиком, наркоманом, больным умственно или физически, а также нормальным человеком, который иногда испытывает чувство печали».

Причина созависимости не в другом человеке, а в нас самих, в том, что мы допустили, что поведение другого влияет на нас и в том, каким образом мы пытаемся повлиять на другого. Созависимым свойственны такие внутрипсихические симптомы, как навязчивость, контроль, тревожность, низкая самооценка, граничащая с ненавистью к себе, избыток гнева и вины, сосредоточенность на других, вплоть до полного пренебрежения своими нуждами, проблемы общения, проблемы в интимной жизни.

Существует еще много определений, но уже из данных становится ясно, что созависимый человек не свободен в своих чувствах и поведении, он как бы лишен права выбора, что чувствовать и как действовать. В результате тесного и длительного общения (более 2-х лет) с химически зависимым человеком, в результате неудавшихся попыток контролировать его, у людей, близких к алкоголику, складывается реактивный тип личности. Созависимый как бы теряет способность чувствовать, думать и действовать по своему выбору, теряет способность управлять собственной жизнью. Он пытается управлять чужой жизнью, он лишь реагирует на то, что делают, думают и чувствуют другие люди. Возможно, вам легче будет понять, что проблема созависимости относится лично к вам, если вы познакомитесь с разновидностями или типами созависимых.

11.2. Виды созависимости

Признаки и симптомы созависимости настолько всеобъемлющи и разнообразны, что ни в одном человеке нельзя найти все сразу. Созависимые, все еще пребывающие в отрицании, часто будут указывать на те аспекты заболевания, которые им не свойственны, и использовать это, как доказательство того, что они не созависимы или для преуменьшения степени своей созависимости.

Существуют, однако, целые «созвездия» вариантов поведения, которые часто можно наблюдать у созависимых. Часто созависимые отождествляют себя с конкретной разновидностью (типом), чем с общим диагнозом созависимости. С точки зрения профессионала все эти варианты рассматриваются, как различные проявления проблем, лежащих в основе созависимости.

Мученик. Это, возможно, самое типичное проявление созависимости. Можно сказать, что у всех созависимых есть что-то от мученика. В основе поведения мучеников лежит гордыня. Они извлекают огромное удовольствие из своей способности мириться с неудобствами, разочарованием и даже болью. Источником их самоценности является способность бороться, несмотря на победы или поражения. Для «мучеников»важно быть правым, а не эффективным (добиться результата).

Многие химически зависимые демонстрируют такое же мученичество как созависимые: они упорно стараются решать свои проблемы в одиночку. И те, и другие несут свое бремя с твердостью и упорством, не теряя мужества. Взамен они ожидают уважения от других за свое благородное поведение. И, на самом деле, их родственники и друзья склонны считать их терпимыми, много и долго страдающими и великодушными (иногда до абсурда). Мученики чувствуют, что живут так потому, что у них нет выбора. Альтернативы они даже не рассматривают, потому что это слишком страшно уйти и жить самому по себе, или сказать правду о положении вещей, быть покинутым и

остаться наедине с самим собой. Они продолжают жертвовать собой в надежде, что их вклад в конечном итоге принесет процент, но даже в этом они не уверены.

Мученики чувствуют внутреннюю пустоту, но они обычно так заняты пребыванием в роли мученика, что у них почти нет времени, чтобы почувствовать и испытать эту пустоту.

Преследователь. «Преследователь» - это противоположность «мученика». «Преследователь» испытывает ту боль и горечь, которую «мученик» не позволяет себе чувствовать. Хотя его собственное поведение часто выходит из-под контроля, он сосредоточен на том, как неправильно ведут себя другие. Вместо того, чтобы разобраться со своим несчастьем и справиться с ним, он занимается его внешним выражением, а в своих несчастьях считает виновными других людей и их поступки.

В то время как «мученик» принимает на себя всю полноту ответственности за то, что чувствует себя несчастным, «преследователь» не принимает никакой ответственности за свое несчастье. Тогда, как «мученик» заставляет себя все больше работать, чтобы лучше чувствовать себя, «преследователь» пытается заставить других обеспечить ему безопасность и спокойствие ума и души.

И те, и другие переоценивают свое влияние на других. Ни те, ни другие не видят разницы в том, что они могут контролировать, а что нет. «Мученики» стараются манипулировать другими, пытаясь быть хорошими, «преследователи» манипулируют другими при помощи злости и чувства вины, которые они им внушают.

Соучастник заговора. Некоторые созависимые постоянно срывают попытки химически зависимых достичь трезвости. Хотя со стороны это кажется непродуктивным, но с учетом внутреннего мира созависимого, в этом есть смысл. Созависимые прикипают к тому складу личности, который у них сложился в результате пребывания в семейной системе химически зависимого человека в активной стадии. Мысль о необходимости изменять свою личность, что является обязательным условием для функционирования в выздоравливающей семейной системе, вызывает значительную тревогу. Вместо того, чтобы изменяться, они становятся «соучастниками заговора» или «потакателями».

Потакательское поведение заключается в поддержке попыток химически зависимого отрицать или скрывать свою боль. Мотивы, лежащие в основе такого поведения не в счет, важен результат. Самая глубокая степень потакательства имеет место, когда «соучастник» продолжает отрицать само существование химической зависимости. Это отрицание может быть настолько сильным, что еще долго продолжается после того, как химически зависимый пошел на лечение.

Для большинства «соучастников» оскорбительно даже предположение, что у членов семьи может быть какая-либо проблема. По злой иронии судьбы многие соучастники становятся профессионалами в области лечения химической зависимости. Ими руководит обеспокоенность тем ущербом, который алкоголь и наркотики наносят стране, обществу, семейной жизни вообще. Слова «вообще», «в целом» являются ключом к пониманию этого явления. «Соучастник» знает, что химическая зависимость - «нехорошая вещь», но он просто не желает принять ее присутствие у себя под боком.

Некоторые «соучастники» могут признать, что один из членов семьи химически зависим, и даже выразить свою тревогу по поводу его жизни, но после этого они могут обернуться и предложить ему/ей выпить или выразить готовность остановиться у магазина, чтобы купить бутылку. Когда им открыто говорят о непоследовательности их поведения, то они отрицают, что оно усугубляет проблему или же уверяют, что по-другому они поступать не могут (А что мне делать? Какой у меня выбор? Он же все равно будет пить, независимо от того, кто купит бутылку, он или я).

Собутыльник. Как отмечалось ранее, у созависимых есть риск самим стать химически зависимыми. Их образ жизни, система взглядов и верований уже почти совпадают со взглядами и установками самих зависимых, и они очень легко могут соскользнуть на тропинку зависимости. Многие созависимые верят, что самый лучший способ сохранить связь с химически зависимым членом семьи - это пить вместе с ним. В конечном итоге они сами становятся химически зависимыми.

Иногда у созависимого наступает прозрение, когда он/она просто больше не может выдерживать уровень потребления, заданный алкоголиком. На этом этапе здоровый человек как раз и на-

чинает обращать внимание на этот факт. Однако, для активно созависимых это рискованно. Вместо этого они сокращают свои дозы и зарывают голову в песок в надежде, что химически зависимый когда-нибудь поступит также.

Апатичный созависимый. Некоторым созависимым все становится безразлично (до лампочки). Они настолько деморализованы и выбиты из колеи, что как бы впадают в эмоциональный ступор, как узники концлагеря, смирившиеся со своей участью. Апатия может принести своеобразный мир и спокойствие, но в ней начисто отсутствуют надежда и смысл жизни. Это особенно трагично, когда в семье имеются дети. Когда у папы или мамы опустились руки, то не остается никого, с кого можно было бы брать пример здорового реагирования на хаос и безумие жизни в химически зависимой семейной системе.

Для терапевта такая ситуация наиболее сложна. Когда созависимый впадает в апатию, то один из главных путей создания терапевтического союза надежно заблокирован. Терапевт не может сказать созависимому, что решение проблемы устранит боль, ведь созависимый больше не чувствует сильной боли. Более того, больше никогда не хочет ее чувствовать. Таким образом, на все попытки возродить надежду в душе созависимого, он отвечает безразличием или обидой, потому, что, разрешая себе надеяться, он не только чувствует себя глупо, но и становится более открытым для боли, уязвимым.

В тяжелых случаях такого типа созависимости самоубийство становится вполне реальным и приемлемым вариантом. Они могут расставаться с жизнью активно и прямо или пассивно и непрямо, опосредованно, т.е. ничего не делая, чтобы избежать несчастного случая или отказываясь от встречи с врачом в начале заболевания.

Очень важно понять, что созависимость носит множество масок. Конечно же, есть и другие варианты и не существует правил, определяющих, какой тип созависимости может проявиться и когда. «Мученик» может стать «преследователем», «соучастник» может стать апатичным и т.д. Не стоит чрезмерно упрощать проблему, т.к. это опасно. Описание типичных ролей и моделей поведения может оказаться ловушкой. Эти варианты приведены здесь в качестве иллюстрации и отсутствие у вас какого-либо из описанных или всех вариантов не следует рассматривать как свидетельство того, что созависимости нет. Существует, по-крайней мере, 15 вариантов созависимости, которые проявляются комбинациями различных черт личности и моделей поведения.

Итак, мы считаем созависимость заболеванием. Это подтверждается еще и тем, что созависимость прогрессирует. Возникнув как озабоченность, созависимость может привести к изоляции, депрессии, психосоматическим заболеваниям или мыслям о самоубийстве. Она начинается как привычка выручать, опекать, спасать, контролировать, брать на себя ответственность за другого человека. Но привычки начинают жить своей собственной жизнью, мы повторяем свое поведение, не задумываясь о возможных последствиях. Привычки перерастают в систему мировоззрения, черты характера, а в конечном итоге в судьбу. И если привычки разрушительны, то со временем они разрушают своего хозяина. Они приводят нас к разрушительным взаимоотношениям и удерживают нас во взаимоотношениях, которые не сложились. Они мешают нам обрести мир и покой с самой важной персоной в нашей жизни - с самим собой. Эти привычки присущи тому единственному существу, которое каждый из нас в силах контролировать, единственному человеку, которого мы можем изменить - самому себе. Мы слишком долго пытались изменить своих близких, теперь настала наша очередь.

Почему же нам необходимо изменяться? Во-первых, жить по-старому слишком больно, во-вторых, изменения - это путь к выздоровлению. Выздоровление возможно, но оно требует упорного труда. Если обе стороны преданы делу выздоровления, то результат будет значительнее, чем мог бы быть, если бы вообще не было заболевания. Созависимость губит медленно, но верно. Независимость может проложить путь для здоровых взаимоотношений. Чтобы выздоравливать, нужна помощь. Реальной помощью может быть посещение групп Ал-Анон, обращение к специалистам. Для тех, кто хочет изменить себя и обстоятельства, мы можем наметить план выздоровления.

11.3. Выздоровление от созависимости

Выздоровление от созависимости и выздоровление от химической зависимости удивительно похожи и проходят в 4 этапа:

1-й этап - выживание. Он характеризуется отрицанием своей проблемы. Множество защитных механизмов способствуют отсрочке признания своего бессилия перед другими людьми, невозможности контролировать их и неуправляемости собственной жизни. Отрицается наличие разрушительных чувств, пока еще сохраняется иллюзия того, что то или иное поведение продиктовано собственным выбором, а не компульсивностью, которая, фактически и руководит жизнью. Созависимый отрицает ограниченность собственных возможностей, он гордится, что благодаря своей силе воли может выдержать еще одно разочарование. Вера в это создает иллюзию, что он контролирует себя, в то время как все вокруг вышло из-под контроля.

Что же происходит, когда созависимый отходит или воздерживается от отрицания? Хотя у созависимых и не возникнет физических симптомов абстиненции, которые испытывают химически зависимые, прекращая употребление, воздержание от отрицания может стоить больших эмоциональных затрат. Человек может потерять взаимоотношения со своими значимыми людьми и, если ощущение своей личности было связано с этими взаимоотношениями, то выздоровление может представлять большой риск.

Начальная стадия выздоровления (или отказа от отрицания) могла бы протекать легче, если бы созависимый сначала заручился верой в то, что улучшение возможно.

2-й этап - переотождествление. На определенном этапе (часто от отчаяния) основа систем защиты созависимого может быть поколеблена. Мы не знаем, где пролегает этот водораздел, но ясно, что достичь его можно, если каким-то образом осознать и ощутить всю ту боль, которой пронизана жизнь. Это осознание может наступить в результате серии кризисов, когда все идет не так и причиняет боль. В другом случае это может произойти, когда человек наконец-то «достигает своего дна»и теряет все (семью, работу, друзей, финансовое положение), или же происходит нечто трагическое (автомобильная катастрофа, несчастный случай, увечье у любимого человека). Еще один способ - это интервенция.

Интервенция - это процесс прямого вмешательства в течение болезни, рассчитанный на предотвращение окончательного кризиса. Интервенция проводится, когда у зависимого еще есть достаточно физических и эмоциональных ресурсов для выздоровления. В результате интервенции в системе отрицания образуется трещина и через нее, как зависимый, так и созависимый начинает видеть свою сущность. Это этап переотождествления, осознания себя и своей проблемы. До вступления в этот этап человек обычно уверен, что с ним все в порядке. На этапе переотождествления он перестает так считать и готов принять ярлык «Зависимый» или «Созависимый”. Это жестокие слова, но они менее жестоки, чем реальность, в которой человек живет.

Признание своей созависимости приносит три положительных результата:

- первый - облегчение оттого, что ты можешь более объективно взглянуть на себя;
- второй - возможность рассмотреть свое прошлое с других позиций;
- третий - возможность наконец-то заглянуть в будущее, потому, что уже есть реальные основания для надежды.

Принять ярлык - дело нелегкое. И зависимым, и созависимым сделать это трудно. Для последних это означает расстаться с ролью «мученика» или «благородного преследователя», ведь становится невозможным считать себя жертвой, так как ярлык «Созависимый» требует принятия на себя полной ответственности за свое дисфункциональное поведение. На этап переотождествления созависимые вступают, только убедившись, что непризнание реальности принесет еще больше боли, чем ее признание. Но когда «диагноз поставлен», созависимый может более реально оценить, что было в прошлом и смотреть в будущее не со страхом, а с оптимизмом.

Принятие «ярлыка» - это еще полдела. Необходимо признание ограниченности своих возможностей. Когда признаешь, что далеко не все в жизни подвластно твоим возможностям, то пере-

стаешь относить неуправляемость своей жизни за счет своей неадекватности или нехватки силы воли. Это тоже приносит облегчение.

Существует опасность остановиться на этом этапе: признать свою проблему, невозможность добиться изменений только лишь своими силами. Тогда выздоровление застопоривается. У алкоголиков это называется «быть сухим пьяницей», т.е. вести прежний образ жизни, сохранять прежние взгляды, но не пить. Если созависимый застревает на этом этапе, то он продолжает вести себя так, как будто все подконтрольно его воле, он удваивает усилия и быстро изнашивается. Для выздоровления необходимо изучить, что же на самом деле находится в сфере человеческих возможностей. Главное здесь понять и принять, что большая часть окружающего нас мира лежит вне сферы воздействия нашей воли и не подвластна ей.

3-й этап - работа с ключевыми проблемами. В жизни человека существует критический момент, когда ему становится ясно, что все попытки контролировать происходящее обречены на провал. Здесь и начинается собственно выздоровление. Это происходит на этапе переотождествления благодаря примирению с мыслью об ограниченности человеческой воли. При работе с ключевыми проблемами созависимый глубже и шире осознает свое бессилие и начинает использовать это осознание в практических делах своей жизни.

Это очередной парадокс, победа через поражение. Это означает, что созависимому надо отступить для того, чтобы продвинуться вперед. Нужно воздерживаться от прежнего образа действий, старой стратегии и тактики, которые только усугубляли и затягивали проблему, не разрешая ее. На этапе «ключевых проблем» созависимый начинает все шире применять принцип «победа через поражение» во всех сферах жизни.

В конечном итоге выздоравливающий должен признать тот факт, что взаимоотношениями вообще нельзя управлять усилием воли. Для успешных взаимоотношений каждый партнер должен быть независим и автономен. Созависимым трудно пережить эту мысль, здесь требуется огромное усилие веры, и тогда наступает осознание того, что невозможно контролировать не только чувства другого человека, но и свои-то собственные чувства трудно держать под контролем. И самое большое, что мы можем сделать - это честно осознавать свои чувства, честно реагировать на них по возможности здоровым и адекватным поведением.

Таким образом, этап «ключевых проблем» - это отказ от жизненной борьбы, борьбы, которая ведется из гордыни и установки на силу воли ради контроля над теми вещами, которые явно и очевидно лежат за пределами нашей возможности контролировать.

4-й этап - реинтеграция (возвращение к новой целостности). На подходе к этому этапу, выздоравливающий уже обратил свое поражение в добровольную капитуляцию и слепое усилие воли в решении проблем в готовность к изменениям и принятие. Многие выздоравливающие, как созависимые, так и химически зависимые, пытаются избежать этапа реинтеграции потому, что в нем тоже заключен парадокс. Достигнув состояния здоровья и свободы, которое когда-то казалось недостижимым, давайте вспомним, что достигнуто оно было в результате признания ограниченности своих возможностей и использования силы более могущественной, чем своя собственная. Таким образом, созависимые и зависимые не должны возобновлять установку на свою личную силу, которая у них имеется.

На 4 этапе созависимый достигает принятия себя таким, какой он есть на самом деле. Самоценность уже не является чем-то, что нужно заслуживать бесконечными личными достижениями или с помощью взаимоотношений. Вместо этого самоценность становится побочным продуктом постоянного поддержания целостности (вспомним колесо) во всех сферах своей жизни. А как человек достигает целостности? Благодаря осознанию, а не отрицанию. Честности, а не скрытности. Сознательному контакту со своими духовными устремлениями, а не высокомерию и дерзости. Все это возможно сознательно культивировать и взращивать.

Вступление в этот этап означает, что человек достиг состояния завершенного, полного круга. Он вернулся к состоянию контролируемости своей жизни, но это уже другой контроль, это ре-

зультат выздоровления. Основой такого контроля является самодисциплина, а не свобода действий и вседозволенность.

У каждого выздоровление протекает по-разному. Люди вступают в разные этапы в разное время и идут к ним разными путями. Но те, кто проделал долгий путь в выздоровлении - критерием является ощущение легкости, свободы, принятия себя - часто описывают свое путешествие в похожих выражениях. И вышеописанные 4 этапа являются как бы резюме той мудрости, которую путешественники открыли в пути.

Очень важно понять, что между выздоровлением от химической зависимости и выздоровлением от созависимости нет существенного различия.

Требовательная любовь. Близкие, живущие рядом с человеком, пристрастившимся к наркотикам, реагируют на изменение его поведения обычно одинаково: обида, гнев, чувство вины, нервные срывы, ощущение беспомощности и бессилия.

Чувство вины. Вся семья наркомана выбита из нормальной колеи и страдает. Обычно родители ощущают ответственность за состояние ребенка и задают себе вопросы: «Где упустили? В чем наша ошибка?» Вопросы правомерные, но, даже ответив на них, вы не видите выхода из ситуации. Самому же наркоману выгодно, что вы ощущаете себя виновными, и он/она также привыкают к мысли: «Это вы во всем всегда стремились только подавлять меня, командовать, унижать (или вам не было дела до меня) и т.д.». И все это еще больше усиливает родительское или супружеское чувство вины .

Гнев. Все в семье становятся раздражительными. Нет ничего удивительного в том, что обычно уравновешенные и здравомыслящие взрослые, под влиянием резко изменившегося поведения своего ребенка, начинают говорить и совершать поступки, ранее им не свойственные.

В период психического срыва люди могут действовать как буйные сумасшедшие. Родители могут упрекать, угрожать, обзывать, ругать, упрашивать, даже бить. Но ни одно из этих средств, конечно, не идет на пользу ситуации. Наркоман только ощущает угрозу и неприятие его близкими, эти чувства добавляют смятение к его больному состоянию.

Вредящая защита своего ребенка. С целью защитить и уберечь от лишних неприятностей детей, многие родители сами раздают долги, сделанные наркоманами, звонят в школу или на работу и придумывают причины его отсутствия, лгут, отвечая на телефонные звонки.

Родители боятся, что наркоман испортит себе жизнь, поэтому они пытаются вмешаться и исправить его поступки, исходя из лучших намерений. Возможно, одни в первую очередь думают о своей репутации, другие делают все это, движимые чувством вины, третьим невыносимо видеть сына или дочь страдающими.

Награды за плохое поведение. Спасая наркомана и заглаживая его ошибки, родители усиливают его склонность продолжать поведение, являющееся основной причиной его беды. Ведь за свое плохое поведение он/она получает вознаграждение - сначала в виде кайфа от наркотика, а потом еще и облегчение всех последствий - на работе все улажено, долги все отданы, проданные вещи заменены новыми.

Таким образом, «заботливые» родители сделали все, чтобы ребенок не столкнулся с результатами своего поведения и не сделал бы нужных выводов. Ребенок, которому постоянно прощают то, что он/она прогуливает, а потом и теряет учебу (работу), что не несет обязательств по долгам, за то, что теряет (а потом и ворует) деньги или вещи - такой ребенок практикует в своей семье безответственность, становится непригодным к жизни в обществе.

Уходит любовь. В семье, где нарастает пристрастие к наркотикам, ощущается уменьшение чувств любви. Мы - всего лишь люди, поэтому зачастую любовь наша обусловлена. Если любовь не вознаграждается ожидаемым, она угасает. Любовь живет любовью. Если же в ответ на любовь нет ничего хорошего, она становится горечью. Когда наркотики (включая и алкоголь) становятся для употребляющего важнее, чем его близкие, чувство любви подвергается испытанию. Те, кто, к

сожалению, зачастую уже осознали губительность своего пособничества, выявили альтернативу такому поведению, это - «требовательная любовь».

Любить своего ребенка требовательной или суровой любовью, значит, заботиться о нем настолько, чтобы уметь сказать ему «нет» в ответ на злоупотребления, не вредить ему, но быть готовым дать отпор обидчику. Требовательная любовь говорит наркоману: «Все, хватит. Мы отказываемся вытаскивать тебя из проблем, которые ты создаешь себе сам, мы тебя любим и поэтому говорим тебе: «Хочешь страдать - страдай. Не хочешь - ищи путь к спасению».

Когда родители находят в себе силы и терпение осуществлять требовательную любовь, каждый начинает нести ответственность, прежде, конечно, не прекращаете любить и проявлять заботу, вы только прекращаете - давить, влиять, покрывать его/ее ошибки. Конечно, ваше живое сердце будет полно страхов, но преодолевать их вы будете с Богом и другими людьми с такой же проблемой как ваша, но уже перешагнувшими черту отчаяния. Работая над собой, укрепляя дух, получая знания о заболевании «наркомания», вы будете расти, и выздоравливать, и это отразится на самом больном.

Признать свое бессилие - начало пути к выздоровлению.

Глава 12. Процесс выздоровления созависимой семьи

В предыдущих главах мы в основном говорили о химической зависимости как о болезни и ее последствиях для семьи. Вас, естественно, волнует: а чего же ждать от своих алкоголиков (наркоманов) после начала их выздоровления, что такое выздоровление, как себя правильно вести, что будет со мной и моей семьей, как реагировать, если алкоголик (наркоман) возобновит злоупотребление, как не допустить срыва у химически зависимого человека и у себя, как жить по-новому и так далее?

Ваши волнения и тревога понятны и объяснимы. Во-первых, любое изменение, даже к лучшему - это стресс. Впереди незнакомая ситуация. К новизне надо приспособиться. До этого семья жила в стрессе другого рода и мечтала о счастливой жизни, которая наступит сама собой, когда наш алкоголик (наркоман) перестанет употреблять. В своем счастье мы уповали на трезвость зависимого человека, и в этом была наша ошибка и проблема, которая, как нам сейчас известно, называется созависимостью. Поверьте, что она эта созависимость, руководит вашими мыслями и сейчас. Во-первых, ваша тревога о будущем подсказана вашей болезнью, созависимостью, и это естественно. Невозможно вылечиться за один день, невозможно вылечиться за четыре лекции и даже за четыре группы Ал-Анон. Слишком долго мы находились в мрачном плену алкоголизма и/или наркомании, чтобы в одночасье привыкнуть к мысли о свете, свободе, радости, душевном покое, не говоря уже о том, чтобы в них утвердиться. А некоторые люди, близкие алкоголикам и наркоманам, даже в мечтах отказывают себе в благополучии какого-либо рода, полагая, что не имеют права быть довольными своей жизнью, имея близкою человека, страдающего зависимостью. Они еще не поняли сущности выздоровления. Выздоровление не в том, чтобы стать безоблачно счастливыми, не в том, чтобы перестать навсегда, испытывать боль и проблемы, а в том, чтобы научиться справляться с болью и проблемами, не обвиняя в них других людей и не ставя свое душевное равновесие в зависимость от окружающих.

Выздоровление - это процесс, а не событие. На него требуется время. Мешает привычная модель поведения, старые страхи, пошатнувшиеся нервы и здоровье. Представьте, что вы долго вели машину по плохой и опасной дороге и находились в страшном напряжении. И вот вы выезжаете на хорошую трассу, встаете в нужный ряд, но старый отрицательный опыт заставляет вас сохранять напряжение и тревожность какое-то время, пока не произойдут стабильные изменения. Но если вы будете сохранять прежнюю тревожность и постоянно дергаться, то можно навлечь и аварию, не говоря уже о том, что постоянно будете нервировать спутников.

Но у проблемы есть и другая сторона: вы ехали и долго ждали хорошей дороги. Выехали и расслабились. Но ведь и на хорошем шоссе могут подстерегать опасности, даже там все равно требу-

ется внимание и хорошая реакция. Иными словами, выздоровление - это восстановление внутреннего равновесия на фоне изменившихся обстоятельств, гибкость в сохранении стабильности.

Итак,

- выздоровление - это процесс;
- это процесс избавления от старых стереотипов поведения, мышления, чувствования;
- процесс выздоровления проходит ряд этапов;
- он начинается с личного выздоровления каждого члена семьи, и лишь на основе этого выздоровления может поправиться вся семейная система.

Чтобы хорошо понять процесс выздоровления, нужно сначала уяснить проблему, признать, что мы больны. Здоровому человеку не надо выздоравливать. Ему требуется лишь поддерживать свое состояние. В нашем случае мы должны знать врага в лицо. Иначе говоря, от чего нам надо избавляться, что попытаться изменить.

Мы пытаемся изменить свои взгляды, мысли, чувства и поведение. Все эти вещи взаимосвязаны, и изменения в одной сфере влекут за собой изменения в других. Когда мы меняем свои взгляды и установки, меняются наши мысли, поведение и чувства. Точно также меняются наши взгляды в результате изменений в чувствах и поведении. Например, если мы считали и продолжаем считать, что наше благополучие и благополучие всей семьи зависит от трезвости алкоголика (наркомана), то мы можем испытывать глубокое разочарование, горечь и обиду из-за того, что это благополучие не настает автоматически вместе с трезвостью. Мы плачем, нервничаем, упрекаем алкоголика (наркомана) в наших бедах. А теперь посмотрим, как будут развиваться события, если мы изменим установку: мы начинаем верить, что благополучие всей семьи зависит как от нашего личного благополучия, так и от благополучия каждого ее члена. У нас больше нет нереалистических ожиданий, мы не разочаровываемся в других, предоставляя им идти своим путем, и начинаем активно заниматься собой. Мы не плачем и не упрекаем. Мы ищем решение проблемы для себя, живем и даем жить другим, испытывая при этом радость перемен, чувство благодарности и надежду.

Таким образом, нам нужно изменяться, расти, обретать собственный душевный покой и мужество. Причем это необходимо всем членам семьи. Позже мы рассмотрим, что нужно алкоголику и/или наркоману. Главному пособнику. Герою, Козлу отпущения, Потерянному ребенку, Шуту, для личного выздоровления. Нужды членов семейной системы имеют различия, объединяет их необходимость:

- научиться различать, что мы можем изменить, и что мы не можем изменить,
- развивать веру, необходимую для принятия того, что мы не можем изменить,
- развивать веру и мужество для творческих, продуктивных перемен,
- развивать умение изменять то, что мы можем.

Одна из наиболее важных вещей, которую должны узнать члены семьи зависимого человека, заключается в том, чтобы применить эти перечисленные выше шаги в своей жизни, независимо от того, употребляет алкоголик или наркоман или выздоравливает. Вы должны узнать, что вы не можете контролировать употребление, а также связанное с ним поведение химически зависимого. Вы не можете изменить того, что происходит в организме алкоголика или наркомана, когда он употребляет. Алкоголизм и наркоманию можно контролировать только воздержанием, а воздержание не входит в сферу того, что семья может сделать для зависимого человека.

Однако, вы можете изменить свою реакцию на алкоголизм и/или наркоманию, употребление и связанное с ним поведение. Вы можете изменить реакцию для того, чтобы алкоголизм или наркомания не были столь разрушительными для вас. И вы можете сделать что-то для себя, не что-то по поводу себя, а для себя. Вы можете развивать внутреннюю силу через личный рост. Это будет помогать вам эффективно управлять собственной жизнью, и вы можете найти поддержку для укрепления внешней силы. Иногда простое принятие того, что вы не в силах изменить, вызывает изменения. Это происходит, когда вы позволяете химически зависимому человеку нести ответственность за свою собственную жизнь и, в особенности, за свое употребление. Нужно знать, от-

ветственность, за какие изменения лежит на вас, а за какие на других. Вы не можете расти за кого-то. Растите за и ради себя.

Иногда нужно пойти на риск, чтобы обрести душевный покой, иногда «мужество изменять» требует риска. Требуется мужество, чтобы рискнуть работой мужа, отказавшись покрывать его перед начальством. Требуется мужество, чтобы рискнуть своей гордостью, отказавшись покрывать его перед соседями. Но без этого мужества вы не сможете вызвать позитивные изменения. Требуется вера, чтобы впервые доверить финансы семьи алкоголику и/или наркоману в начале его выздоровления. Или же отказаться играть некоторые роли, которые вы взяли на себя, когда зависимый человек был неспособен их выполнять. Но без этой веры, выздоравливающий не может расти и прогрессировать в своем выздоровлении. Вам может быть придется пожертвовать сиюминутным удобством ради долгосрочного выигрыша.

Нужна вера, чтобы «отдать на волю Божью». Это Ал-Аноновская фраза, которая применяется в тех случаях, когда мы что-то не можем изменить. Это означает снять свою ответственность за это и перепоручить ее Силе, находящейся вне нас. Требуется истинная вера, чтобы сделать это. Требуется вера в то, что есть Сила, которая может изменить то, что тебе не по силам. Это может означать обращение к врачу или консультанту, или к Богу. Это может означать доверие группе поддержки АА, АН, Ал-Анон или какой-либо лечебной программе.

Но существует и другая разновидность веры - это мужество пойти на риск изменений. Измениться - это тоже рисковать. Точно так же, как супруг(а) употребляющего алкоголика или наркомана может столкнуться с необходимостью рискнуть своей гордостью, безопасностью, домом и семьей. Чтобы позволить химически зависимому испытать последствия своего употребления, супругу(е) выздоравливающего алкоголика или наркомана, может быть, придется пойти на риск, позволив выздоравливающему человеку взять на себя такую ответственность в семье, которую он раньше не принимал на себя.

Чтобы научиться различать, что вы можете изменить, а что нет, можно сделать следующее: возьмите чистый лист бумаги и начертите три колонки. Озаглавьте первую: «Что я могу изменить», вторую - «Что я не могу изменить», и третью - «Что я хочу изменить».

Прежде, чем начнет выздоравливать вся семейная система, должны начать свое выздоровление ее члены (элементы). Близкие алкоголику/наркоману люди должны развить в себе силу личности прежде, чем им удастся убедить его/ее пойти на лечение или способствовать его/ее трезвости и выздоровлению всей семьи как ячейки. Каждый член семьи должен иметь определенный период времени, в течение которого он чувствовал бы себя свободным и в праве сосредоточиться на себе и делать то, что необходимо для его личного выздоровления. Алкоголик (наркоман) мог бы получать помощь в лечебной программе или АА (АН), дети могли бы получать помощь в группах Ал-Атин, Ал-Анон или групповой терапии, или в какой-либо образовательной программе. Чтобы обрести или восстановить силу личности, собственные сильные стороны, можно использовать различные способы и приемы. Например, можно научиться решать проблемы или делать что-то для себя. Это относится ко всем членам семьи: супругу(е) алкоголика или наркомана, детям и самому химически зависимому. Начнем с супруга(и) или самого близкого алкоголику или наркоману человека, в нашей терминологии «главного потакателя». Возможно, вы были настолько захвачены проблемами своей жизни и потребностями других людей, что могли и позабыть, как заботиться о своих потребностях и делать для себя что-то конструктивное. Начните с того, что выберите себе вид деятельности, которым вам хотелось бы заниматься регулярно в ближайшем будущем. Это могут быть походы в магазин с подругой или обед с друзьями. Это может быть изучение предмета, интересующего вас. Может быть, вам захочется чему-то научиться, например, шить, играть в теннис, заниматься аэробикой. Возможно, вам нужны тихие периоды уединения, чтобы почитать и подумать. Пообещайте себе начать что-то регулярно делать для себя. Напишите план реализации ваших решений.

Возможно, вы также забыли, как защищать свои собственные права, как сказать «нет» в нужный момент, увидеть, что другие пытаются тебя обмануть. Вам нужно будет позволить себе быть более

твердым в признании своих потребностей и не позволять другим людям и ситуациям заставлять вас действовать не в своих личных интересах. Уважение к своим потребностям, правам и ожидание, что другие будут уважать ваши права так же, как вы уважаете их, поможет вам стать сильнее и увереннее. У вас есть право на уважительное обращение, право иметь и выражать свои чувства и мнения, говорить «нет», делать ошибки, сказать: «я не знаю», делать собственный выбор и просить то, что вам нужно.

Конечно же, и у других есть те же права, и насколько вы уважаете, права других (чужие права), настолько вы с чистой совестью можете ожидать от них уважения ваших прав.

Частью процесса выздоровления должен явиться план предотвращения срыва. Помните, что заболевание члена семьи алкоголика или наркомана хроническое, и срывы возможны. Без постоянного лечения и должной заботы о себе могут вернуться и выйти из-под контроля старые чувства и эмоции, которыми, как вы считали, вы овладели. Нужно иметь план на случай срыва, чтобы предотвратить его.

Срыв - это процесс, охватывающий определенный период времени; он не просто случается. Ему обычно предшествуют определенные предупредительные знаки. Бывают ситуации, которые провоцируют неуправляемое поведение. Вот список предупредительных знаков, которые могут спровоцировать ваш срыв. Этот список составлен выздоравливающими супругами алкоголиков. Определите, какие из них относятся к вам:

- крайняя усталость, недостаток отдыха;
- проблемы с детьми;
- чувство жалости к себе;
- недостаточное количество времени, уделяемое себе;
- попытка контролировать поведение других людей;
- пропуск собраний Ал-Анон;
- прекращение личного выздоровления;
- обвинение других;
- раздражительность;
- нерешительность;
- отказ от планирования;
- невыполнение планов.

Можете подумать и добавить другие симптомы. Когда мы определили запускные механизмы срыва, нужно решить, что вы будете делать, чтобы прервать процесс срыва, если вы обнаружите его симптомы в следующий раз. Например, вы установили, что усталость и дефицит отдыха занимают одно из самых важных мест в вашем списке, решите, что вы будете делать в следующий раз, когда обнаружите, что недостаточно отдыхаете и устаете. Возможно, у вас нет выбора. Может быть, ситуация препятствует полноценному отдыху (болезнь ребенка или напряженная семейная ситуация). В таком случае вы можете обратиться за помощью к родственнику или, если это невозможно, вам в это время понадобится дополнительная эмоциональная поддержка. Возможно, разговор с другом, молитва или посещение собрания Ал-Анон могут дать вам дополнительную силу, необходимую, чтобы пережить трудные времена.

Возьмите лист бумаги, перечислите ваши индивидуальные предсрывные сигналы и около каждого напишите, что вы будете делать в следующий раз, когда они обнаружатся.

Вот вкратце, что нужно «Главному потакателю» для выздоровления:

- снять с себя ответственность;
- ощутить свои чувства;
- сосредоточиться на себе, своих желаниях и потребностях;
- осознать свою ответственность перед собой и позволить другим сделать то же;
- научиться обращаться со злостью, не впадая в обвинения и не приходя в состояние неуправляемости.

Для удовлетворения этих и других потребностей можно опираться на свои сильные стороны, такие как: способность давать подпитку, любить, отдавать.

Теперь о других членах семьи. Каковы потребности «Семейного героя» в процессе выздоровления?

1. Научиться просить и принимать то, что ему нужно.
2. Научиться принимать поражение.
3. Снять контроль, расслабиться и дать всему идти своим чередом.
4. Сосредоточиться на себе, перестать решать и думать за других.

В процессе удовлетворения этих потребностей можно опираться на свои сильные стороны: «Герои» обычно трудяги, и умеют работать, и они знают, как получить то, что им нужно. Для них важно осознать свои потребности, быть честным с собой.

Что нужно ***«козлу отпущения»***, чтобы прочно встать на путь выздоровления?

1. Прорваться сквозь стену гнева к больному месту, к чувству обиды.
2. Научиться обсуждать, а не бунтовать.

Сильные стороны «Козла отпущения», которые помогут в выздоровлении это способность видеть действительность, хорошая интуиция, чувствительность и мужество.

«Потерянный ребенок» может:

1. Выйти из своего одиночества и потянуться к другим.
2. Научиться справляться с одиночеством.
3. Признать, что испытывает боль.
4. Создать новые близкие взаимоотношения.

Сила для совершения этих шагов идет от сильных сторон «Потерянного ребенка», то есть его терпения, независимости и творческих способностей.

«Шуту» нужно:

1. Принимать на себя ответственность.
2. Рискнуть быть серьезным.
3. Стать уверенным.

Реализовать эти нужды можно, опираясь на сильные стороны «Шута» - юмор, умение играть, умение получать удовольствие.

Алкоголику (наркоману) необходимо для выздоровления:

1. Выйти за пределы рассудка, перестать все интеллектуализировать.
2. Научиться понимать, как чувствуют себя другие.
3. Стать гибким.
4. Проработать свои проблемы.
5. Никого не обвинять, выражая свой гнев.

Силой, за счет которой можно производить эти необходимые изменения, могут быть повышенное осознание своих проблем, порывистость, чувствительность к боли.

О процессе выздоровления алкоголика (наркомана) нужно сказать подробнее, потому что члены семьи часто ожидают, что, как только алкоголик (наркоман) закончит лечение, все будет хорошо. Но существует ряд симптомов химической зависимости, наблюдаемых в трезвости, о которых должна знать семья. Понимание того, что происходит с химически зависимым человеком в трезвости, поможет вам лучше понять и поддержать его. Но, кроме того, это понимание поможет вам строить разумные ожидания. Созависимым очень полезно знать, что процессы в организме алкоголика (наркомана) идут помимо них, и они не властны что-либо изменить, кроме себя и отношения к происходящему. Возможно, знание объективной симптоматики поможет близким людям не принимать некоторые реакции и действия зависимого человека на свой счет.

Те изменения, которые происходят с алкоголиком в трезвости, называются подострым похмельным (абстинентным) синдромом (ППС) или, попросту, «сухим похмельем». Этот синдром представляет собой группу симптомов, являющихся результатом неврологических нарушений (мозг и центральная нервная система), которые дают о себе знать и в период выздоровления. «Сухое по-

хмелье» может проявляться на 7-14 день трезвости, оно достигает своего пика интенсивности в течение следующих 3-6 месяцев и может длиться до 2-х лет.

ППС нарушает мыслительные процессы, эмоциональные процессы и память. Среди этих симптомов могут быть проблемы с абстрактным мышлением и концентрацией. Алкоголик также становится чувствительным к стрессам. Наблюдается чрезмерное реагирование на стресс и сниженная толерантность к нему.

Парадокс выздоровления заключается в том, что для восстановления функциональных нарушений нужно воздержание, но функциональные нарушения могут препятствовать воздержанию. Эго означает, что нужно сделать все возможное, чтобы держать под контролем этот синдром во время выздоровления.

Существует прямая связь между стрессом и тяжестью ППС. Они взаимно усиливают друг друга. Стресс усиливает ППС, обострение ППС создаст стресс, который в дальнейшем усугубляет ППС. Выздоравливающие алкоголики могут научиться определять источники стресса и развивать умение в области принятия решений и решения проблем, что поможет снизить стресс. Соответствующая диета, физические упражнения и положительное отношение к жизни играют важную роль в контролировании ППС.

В качестве дополнительного средства для перестройки работы мозга, чтобы он был способен функционировать нормально и снижать уровень стресса, можно использовать расслабление и медитацию. Знания о ППС, знание, чего можно ожидать в такие моменты, воздержание от повышенной реакций на симптомы повышает способность действовать эффективно и соответственно ситуации. Помните, что симптомы ППС исчезают при длительном воздержании.

Для родственников алкоголиков полезно знать симптомы ППС. Они проявляются циклами. Началом цикла могут быть перепады настроения, раздражительность, трудности со сном и едой или изменение уклада жизни. Эти нарушения нарастают, раздражительность доходит до высшей точки, душевный разлад продолжается и то, что начиналось, вяло и незаметно, усиливается, усугубляется и становится более интенсивным. По мере роста внутреннего раздражения алкоголик становится очень неудобным в общении, даже склонным к ссорам, а иногда начинает медленно отдаляться от своей семьи. Начинается это исподволь и так медленно, что подчас другим становится заметно, что происходит с зависимым прежде, чем он сам почувствует это. У алкоголика во время этих циклов могут наблюдаться симптомы физического дискомфорта, потеря аппетита и сна. Могут возникнуть боли в суставах, в спине, головные боли, может казаться, что человек заболевает. То же самое может происходить с наркоманами уже после того, как прошли первичные ломки. Примечательно то, что самим алкоголиком эти симптомы могут не осознаваться. Он может и не понимать, что с ним происходит. Алкоголик может пережить даже острый период, и симптомы будут постепенно угасать, но, чтобы это произошло с наименьшими потерями, алкоголику требуется помощь со стороны других людей.

Очень важно, чтобы окружающие поняли и правильно отнеслись к тому, что происходит с алкоголиком.

В среднем алкоголики испытывают первый стресс в период с пятую по седьмую неделю со времени последнего употребления. Если он успешно проходит через этот период, следующий момент может наступить между пятым и седьмым месяцем трезвости. И опять же, если этот период удачно пережит, следующий может быть между одиннадцатым и тринадцатым месяцем трезвости. Исследования показывают, что у большинства зависимых были проблемы именно в эти сроки. Некоторые проходят через все три вспышки, у некоторых они наступают в период с одиннадцатого по тринадцатый месяц. Следует помнить, что наиболее естественным для алкоголика выходом из стресса является возвращение к пьянству, и знание того, что происходит, может помочь и зависимому, и всей семье.

Если выздоравливающий алкоголик (наркоман) хочет сохранить трезвость, ему необходимо создать новый стиль жизни. Образ жизни, в центре которого было употребление, не будет способствовать сохранению трезвости. У зависимого человека должен измениться уклад жизни, по-

явиться новые друзья, новые способы проведения досуга и отдыха, новые развлечения. Он должен найти новое место в семье и научиться новым способам общения.

Изменения, даже положительные, могут привести к срыву. Выздоравливающий алкоголик (наркоман) сталкивается сразу с большим количеством перемен. Большинство специалистов по химической зависимости не рекомендуют производить крупные изменения в жизни без крайней необходимости в течение первого года трезвости, как, например, переезд, перемена работы, изменения, связанные с получением образования, женитьба и так далее.

Для необходимых изменений, наступающих с трезвостью, очень важна поддержка семьи. Лишь после того, как члены семьи всерьез сосредоточатся на личном выздоровлении в течение определенного периода времени, они смогут ощутить готовность сосредоточиться на выздоровлении семьи как системы. Полное выздоровление каждого является результатом здоровой семейной системы.

Система - это ряд частей, которые работают вместе ради определенного результата. Изменения в одной части влияют на баланс всей системы. Что произошло в семье с химической зависимостью? Химическая зависимость нарушила равновесие семейной системы, и члены семьи попытались установить новое равновесие вокруг алкоголизма (наркомании). Когда части семейной системы выздоровели, назревает необходимость перебалансировать всю систему вокруг выздоровления.

Это не легко. Многое изменилось во время болезни. Изменились семейные правила и стали работать на благо алкоголика (наркомана). Возможно, появились некоторые правила, которые помогали справляться и уживаться с употреблением. Например, появились такие:

- не шумите, когда отец дома, чтобы не расстраивать его,
- не говорите об употреблении,
- не говорите маме, что папа употреблял,
- не ожидайте слишком много, чтобы не разочаровываться,
- не задавайте вопросов,
- не выражайте чувства, а то последует наказание.

Это были негласные правила, но они поддерживали функционирование хоть и нездоровой, но семьи. Теперь необходимы новые, здоровые правила для выздоравливающей семьи, такие как прямое общение, реалистичные ожидания, обмен чувствами, а не обвинениями.

Во время болезни изменились семейные роли. Возможно, члены семьи поменялись ролями, чтобы сохранить семью в то время, когда части ее системы, стали давать сбой. Возможно, мать работает на двух работах, а отец дома, так как не может удержаться на работе. Старший ребенок готовит, убирает и заботится о других детях (потому что один родитель пьет, а другой парализован болью).

Изменились и семейные ритуалы. Вся деятельность семьи перестроилась, чтобы приспособиться к употреблению. Изменилось время трапез, укладывания спать, проведение праздников и отпусков, досуг, традиции, ежедневные ритуалы - изменилось все, потому что все это находилось под воздействием поведения употребляющего алкоголика (наркомана) или в результате неопределенности, царящей в семье, которая тоже является производной употребления.

Изменилось и общение между членами семьи. Если центром всей семейной жизни стал алкоголизм (наркомания), то о чем говорить, кроме алкоголизма (наркомании), прямо или косвенно? Скорее всего, вы не говорили о нем прямо, может быть, сознательно и не думали о нем. Но вы думали и говорили о поведении и ситуациях, являющихся результатом химической зависимости. Общение приняло характер обвинения или защиты.

Вербальное общение, возможно, сошло на нет, потому что каждый боялся говорить о том, что он на самом деле чувствует. То общение, которое было, имело целью самозащиту каждого из членов семьи. Нужно было выживать.

Теперь вам надо изменить и перестроить правила, роли, ритуалы. Вы не можете вернуться к тому, что было, к старому докризисному поведению. Это может быть для вас самой трудной пре-

градой. Некоторые из членов семьи могут захотеть вернуть прежние правила, роли и ритуалы. Другие могут предпочесть сохранить все так, как есть. Ни то, ни другое не будет продуктивным. Вы все изменились, и вы не можете вернуться назад. Вы не можете сохранить все, как есть, потому что правила, роли и ритуалы, направленные на сохранение семейной системы, построенной вокруг болезни, не могут работать на систему, построенную вокруг здоровья. Но сильные стороны, которые использовались для сохранения системы, могут использоваться в выздоровлении.

Выздоравливающему алкоголику (наркоману) нужно, и обычно он сам хочет, вернуться к своим семейным обязанностям. Другие члены семьи могут не захотеть этого по нескольким причинам. Возможно, им спокойнее самим выполнять эти обязанности. Или должно пройти время, прежде чем они поверят, что на самом деле могут положиться на алкоголика. Возможно, у детей, которые взяли на себя взрослые роли, чувство самоценности и ощущение себя личностью зависит от играемой ими взрослой роли и им предстоит работать над этими и подобными проблемами выздоровления.

Приложение № 1

Решение проблем

В тот период, когда вы были парализованы кризисом алкоголизма (наркомании) в вашей семье, вы потеряли способность решать проблемы без того, чтобы ощущать огромную тревогу и стресс. Знание того, как решать проблемы, приобретение умений и навыков в этой области дает вам уверенность и мужество справляться со своими жизненными проблемами по мере их возникновения. Нижеследующий стандартный процесс решения проблем может оказаться вам полезным.

Шаг 1: определение проблемы:

Во-первых, вам необходимо определить, что вызывает трудность? В чем проблема?

Шаг 2: разъяснение проблемы:

Будьте конкретны и исчерпывающи. Является ли эта проблема настоящей, или же в ее основе лежит более глубокая проблема.

Шаг 3: определение альтернатив:

Какие у вас есть варианты решения этой проблемы? Перечислите их и запишите, чтобы они были у вас перед глазами. Попытайтесь записать, по крайней мере, пять возможных разрешений. Это дает вам больше возможностей для выбора наилучшего решения, а также альтернативные решения, если ваш первый вариант не сработает.

Шаг 4: возможные последствия каждой альтернативы:

Каковы возможные результаты каждой из альтернатив? Задайте себе следующие три вопроса: «Что самое лучшее может произойти, если я предпочту эту альтернативу?», «Что самое худшее может произойти?», «Что, скорее всего, произойдет в результате этого выбора?»

Шаг 5: решение:

Какой из вариантов приведет к наилучшему результату и выглядит наиболее разумным выбором для разрешения этой проблемы? Примите решение на основании имеющихся у вас альтернатив.

Шаг 6: действие:

Когда вы остановились на определенном решении проблемы, вам нужно составить план его реализации. Составление плана является ответом на вопрос: «Что я собираюсь делать по этому поводу?» План является путеводной картой для достижения желаемой цели. Долгосрочные цели достигаются через постановку и достижение краткосрочных целей. Шаг за шагом.

Шаг 7: продолжение:

Выполняйте свой план и оценивайте его действенность.

Приложение № 2

Самозащита и планирование кризиса

Когда живешь с алкоголиком (наркоманом), неожиданное становится ожидаемым. Вам нужно спланировать, как защитить себя и своих детей в непредвиденных ситуациях, которые могли бы травмировать физически и эмоционально. Очень важно иметь план на случай кризиса или неожиданности.

Знаете ли вы что предпринять, чтобы защитить себя и детей, если ваш алкоголик (наркоман) разбушевался? Что вы сделаете? Уйдете, вызовите милицию, позовете друга (подругу), надежно запретесь в комнате? Как ваш план на этот случай защитит вас от физического насилия?

Знаете ли вы, как обеспечить финансовое благополучие семьи, если возникнет необходимость отделиться от алкоголика (наркомана)?

Знаете ли вы, чего ожидать от милиции, если вы вызовите ее в чрезвычайной ситуации? Будет ли в вашем распоряжении транспорт, в случае чрезвычайного положения?

Знаете ли вы свои юридические права в случае развода, физической угрозы, в случае возникновения финансовых проблем, в случае деструктивного поведения алкоголика (наркомана), за которое вы могли бы быть привлечены к ответственности?

Знаете ли вы врача, который понимает вашу домашнюю ситуацию, и который мог бы оказать помощь в случае необходимости?

Знаете ли вы лечебное заведение, куда вы могли бы обратиться за помощью в случае необходимости, если алкоголик (наркоман) попросит о помощи в лечении?

Письмо родственникам

Да, я Зависимый и нуждаюсь в помощи. Дорогие родные, пожалуйста, не позволяйте мне врать вам и тем самым постоянно пребывать в иллюзиях. Потворствуя моей лжи, вы толкаете меня на еще большую ложь. Правда может быть болезненной, но это единственное, что может помочь мне.

Не позволяйте мне забывать о моих обязанностях. Это учит меня избегать ответственности и без должного уважения относиться ко всем вам.

Не позволяйте мне использовать вас и жить за ваш счет. Делая это, вы становитесь соучастниками всех моих ухищрений и попыток уклониться от ответственности за свою жизнь.

Не читайте мне лекций и морали, не пытайтесь ругать, обвинять, спорить или хвалить меня, независимо от того, нахожусь я под воздействием наркотика или алкоголя или нет. Не пытайтесь отбирать и выкидывать наркотики. Вы можете чувствовать при этом свою власть, но ситуация может усугубиться.

Не принимайте моих обещаний. Это один из способов спрятаться от боли, которая скрыта во мне. Не меняйте достигнутых договоренностей и правил. Твердо стойте на том, о чем вам удалось договориться со мной.

Не теряйте самообладания. Отсутствие контроля разрушит вас и не даст вам помочь мне.

Не позволяйте своей тревоге и беспокойству делать за меня то, о чем я должен заботиться сам.

Не покрывайте меня и не скрывайте последствия моего употребления. Это смягчает кризис, но не устраняет самой болезни.

И, прежде всего, не убегайте от действительности, как это делаю я. Моя болезнь усиливается по мере продолжения моего употребления. Учитесь не бороться со мной, а помогать моему выздоровлению. Я нуждаюсь в помощи врача-консультанта, психолога и выздоравливающего наркомана. Я не могу справиться с этим сам и не умею помогать себе.Я ненавижу себя, но люблю вас. Бездействие – это самое плохое, что вы можете сделать для меня.

Пожалуйста, помогите мне.

Глава 13. Стадии выздоровления

Прежде чем начать обсуждать личностное выздоровление, вкратце еще раз вспомним этапы формирования зависимости.

1. Вещество – «кайф». Знакомство - первые употребления. Употребление без особых проблем, когда вещества приносят только положительные переживания и ощущения.
2. Вещество – «друг». Помогает решать проблемы, открывает новые возможности. Кажется, что нашел волшебную таблетку от всех забот. Когда бы ни захотел, этот «друг» рядом. Он помогает по своему усмотрению регулировать эмоциональное состояние. Создает иллюзию решения проблем.
3. Вещество – «мелкий пакостник». Небольшие неприятности в разных сферах жизни. То одно, то другое. Постепенно начинает формироваться синдром отрицания. Проблемы никак не связываются с приемом «волшебного вещества». Наоборот, употребление рассматривается, как «лекарство» от всех бед.
4. Вещество – «хозяин». Рабство от наркотика. Постепенно жить без ежедневного употребления становится невозможно. Круг замыкается, мышеловка захлопывается и в ней не всегда есть сыр. Невозможность нормально функционировать без употребления. Постепенная деградация и потеря навыков. Жизнь, приоритеты и все окружение перестраивается под ежедневное употребление. Это становится смыслом и необходимостью. А позже ничего другого не остается важного в жизни.
5. Вещество, как единственная возможность продолжать жить. Употребление так плотно входит в обмен веществ, что организм не способен функционировать без вещества. Употребление приобретает витальные функции. Употреблять, чтобы жить, и жить, чтобы употреблять.

В данной главе нам предстоит познакомиться с процессом выздоровления от химической зависимости. Мы рассмотрим этапы или стадии выздоровления алкоголиков и наркоманов. Определим, какие задачи надо решать на каждом этапе выздоровления, наметим план своих дальнейших действий. Начнем с того, что такое выздоровление и рассмотрим отдельную личность, его сферы жизни, которые пострадали от этого заболевания:

- физическая
- эмоциональная
- социальная
- духовная

Химическая зависимость – это болезнь, вызывающая потерю контроля над употреблением. В свою очередь это ведет к проблемам во всех сферах жизни. В процессе выздоровления нам нужно пройти этапы от разрушительной зависимости к полноценной, комфортной жизни, к физическому, эмоциональному, социальному и духовному здоровью. К тому, что мы с вами договорились называть здоровьем.

Выздоровление – это наполненная смыслом комфортная жизнь, в которой нет места необходимости употреблять наркотики и алкоголь. Чистота и трезвость – это больше, чем не употребление химических веществ, это непрерывный личностный рост, это новый образ жизни.

Процесс выздоровления базируется на ряде понятий:

1. Выздоровление – это долгосрочный процесс, растянутый во времени и сугубо индивидуальный, зависящий от степени разрушенности личности.
2. Условие для выздоровления – это полное воздержание от употребления алкоголя и наркотиков.
3. Работа по «Программе 12 шагов» или другой системе реабилитации – это один из базовых принципов, помогающий процессу выздоровления. То, что называется личностным или духовным ростом.

4. Чем лучше мы понимаем и принимаем эти принципы, тем легче нам выздоравливать. Чем больше зависимый понимает механизмы заболевания и выздоровления во всех сферах, тем ему проще. Чем больше у него инструментов выздоровления и способов справляться со стрессовыми ситуациями, тем ему легче выздоравливать.
5. Необходимость использования этих принципов в жизни. То есть принципы не должны быть просто теорией. Выздоравливающие применяют эти принципы на практике. Даже вера становится рабочей. Человек не говорит, что он хочет меняться, он меняется.
6. Успех зависит от того, как мы справляемся с теми проблемами, которые встречаются у нас на пути. То есть, применяем мы их в своей жизни, или просто знаем и помним о них. «Знать и не делать, все равно, что не знать».
7. Существует еще такое понятие, как «12 шагов +». То есть обращение за помощью к специалистам узкого профиля, помимо выздоровления по программе: медицинским работникам, психологам, социальным работникам и консультантам, духовным наставникам.

В процессе выздоровления наркоман и алкоголик проходят через ряд стадий:

13.1. Переходная стадия

На этой стадии человек осознает, что у него есть серьезные проблемы из-за употребления химических веществ.

Основные вопросы на этой стадии:

- Я болен или нет?
- У меня нет такой проблемы, ведь сейчас я не употребляю.
- Теперь я знаю, какие будут проблемы, и я не буду употреблять.
- Я справлюсь с этим сам.

На этой стадии необходимо поменять позицию, но это не просто с позиции:

- Со мной все в порядке

на позицию:

- Я химически зависимый.
- Я алкоголик.
- Я наркоман.
- Я болен.
- Мне нужна помощь специалистов и тех, у кого есть опыт справляться с похожей проблемой.

Как правило, нужно пройти мотивационный кризис, когда наркоман понимает, что вся проблема в нем, а не в людях или обстоятельствах. Заканчивается этот этап, когда мы признаем, что нам необходима помощь и обращаемся за ней.

Так и начался длительный процесс моего выздоровления.

Январь – май 2000 года

Мама по глупости своей и незнанию, на что способен наркоман, еще была совершенно не готова оказывать мне правильно помощь. И поэтому, когда я в первый раз попросил о помощи, дала мне деньги на лечение лично в руки!

Как вы думаете, что стало с этими деньгами? Правильно! Я их проторчал на следующий же день. Благо деньги были выданы на «детокс», и поэтому это была не та сумма, которая серьезно бы нарушила ее бюджет. Кстати, до этого я не обращался за медицинской помощью, так как считал, что наркомания моя и никак не должна отражаться на маме, сестре и бабушке. Я довольно долгое время не воровал дома у матери, но регулярно путем обмана и манипуляций выуживал у нее то одну, то другую сумму. Стал выносить вещи только в последние три месяца своего активного употребления, за что себя презирал. Но на тот момент мои моральные установки претерпели серьез-

ную коррекцию в связи с ростом количества и частоты употребления. Ко мне постепенно подкрадывался пресловутый КОНЕЦ, оно же «дно». Верить в это не хотелось. Раньше я не обращался за медицинской помощью, так как давно и точно знал, что просто перекумарка мои проблемы не решит никогда. Их было такое огромное множество, что я даже как-то привык к этому состоянию. Проблемы перекумарить не было, была проблема не начать обратно!

Наконец матери пришлось отвезти меня самой в наркодиспансер, она вместе со мной на своем опыте училась жить с наркоманом. Первое что она усвоила: «Денег на руки наркоману не давать! Ни за что! И никогда!» Второе: «Как понять что наркоман врет? Он шевелит губами!»

В больнице я провалялся пару недель, из этого времени сохранились смутные воспоминания. Благодаря стараниям врачей, я был загружен барбитурой как баржа Астраханская! Меня просто пересадили с героина на барбитураты и подобные средства. И это в российских наркодиспансерах называется лечение. Бедные родственники наркоманов. За что же вы платите свои деньги?! Перед выпиской я предстал перед светлыми очами заведующего. Мне была выдана кучка колес на дорожку, и с напутственными пожеланиями я был отпущен восвояси. Отъехал я на следующее утро. Доза была сбита, а жадность всепоглощающая и алчная осталась. С тех пор стал я отъезжать регулярно. Организм не выдерживал нагрузок, доза стала падать. Это был плохой знак, а я просто не понимал в чем собственно дело? Проторчав недели две, я с удивлением поведал маме, что «лечение» не помогло и мне необходима помощь посерьезней. Увидев рекламу какого-то реабилитационного центра, мама позвонила, взяла билеты и уже следующим утром мы были в пути. Она спасала своего сына, который умирал и не понимал этого. Как ехали из дома в Москву, хоть убей, до сих пор не помню. Очнулся я уже в центре реабилитации.

Две недели острого отделения (благо прямо в нем с нами полувменяемыми проводилась мотивационная работа). Были группы, индивидуальная работа и т.д. Когда ко мне впервые пришел чистенький, аккуратный паренек и сказал: – «Привет, меня звать Дима... Я наркоман». Я скептически улыбнулся.

Первая группа, молитва о душевном покое! Охренеть! Вот так цирк! Это было необычно, но что-то меня заставляло выполнять то, о чем просили. Мне было интересно. Со мной разговаривали не как с конченным подонком, а как с человеком. Мне было интересно, что будет дальше? Через десять дней я стал спать вполне самостоятельно, а еще через четыре дня меня «подняли » в реабилитацию. И пошло, и поехало... Лекция, группа, индивидуальная консультация, группа по заданиям и т.д., и т.п. С утра до вечера я был занят. От рассвета до заката. От подъема до отбоя. Это было что-то новое! То, о чем говорили эти «наркоманы», было похоже на то, что происходило со мной. Но болезнь делала свое дело, я несколько раз пытался замутить. Чифир пил регулярно. Я вел двойную жизнь, как и все, кто меня тут окружал.

Защиты мои психологические, которые обслуживали и защищали мою болезнь, наркоманию, взломали на тренинге. Так пробили меня и все мои попытки оправдаться и как-то отстоять свои больные установки. Что я просто взбесился! Я орал! Брызгая слюной. Орал на консультанта и наркоманов. Мне было больно и страшно! Я вдруг с полной ясностью осознал, что мне наступит конец, если я не изменюсь! Весь! И что выздоровление – это труд! Тяжкий и повседневный. И что только я! И больше никто не виновен в том, что моя жизнь превратилась в помойку! И кроме матери и себя самого, я НИКОМУ НЕ НУЖЕН!

После этого меня впервые взяли на выездную группу «Анонимных Наркоманов». С первой же группы я понял, что это то, что реально может помочь. Даже не понял, а инстинктивно почувствовал. Почувствовал как зверь, всем своим животным чутьем. Высказываться я стал с первой своей выездной группы. Давал обратные связи, заявлял тему. Очень хорошо помню ведущего этой группы Кирилла. Он через год повесился в срыве, не мог больше употреблять, и не употреблять тоже разучился. Царствие небесное. Так и пролетели там 45 дней и ночей. Моя Высшая Сила любила меня, мне не удалось замутить до самой выписки. Выписываясь из центра, я понимал три вещи:

1. Домой возвращаться мне нельзя! Там нет групп, а без них я не смогу. Сил самому открывать новую группу у меня не было.
2. Мне необходимо полностью поменять свои взгляды на жизнь и происходящее.
3. Мне нужен перерыв примерно в год, чтобы прийти в себя и адекватно посмотреть на жизнь. Адаптироваться к трезвому состоянию.

Я решил податься сразу после выписки в Христианскую коммуну под Санкт-Петербургом. Решил пожить там годик, а там посмотреть. Туда я не попал. Чтобы попасть туда, нужно было отмечаться каждое воскресенье, каждые три месяца. И только после этого возможно. У меня не было трех месяцев. Я сделал глупость. Я вернулся домой. В город, где вырос и долго употреблял. В город, где я знал всех, а все знали, кто я такой. В город, где я кололся в каждом доме.

Укололся я через четыре дня. Я решил проверить утверждение, что алкоголь – это наркотик. Пиво... Вино... Барыга. «Качай вену». Вечером я отъехал. Спасли. Две недели в беспробудном употреблении. Это было просто сумасшествие. Кайфа никакого. Чувства, разбуженные в центре, не давали нормально торчать. Чувство вины и стыда, апатии и депрессухи полной.

13.2. Стадия стабилизации

Полное признание факта своего заболевания, принятие ответственности за свое выздоровление, признание необходимости что-то делать. На этой стадии решаются физические проблемы. Уходят проблемы со сном, с памятью. Появляется ясность мышления, осознание своих чувств. На этом же этапе:

- человек становится либо очень восприимчив – эмоционален,
- либо мозг уходит на обеденный перерыв, теряется ясность ума, замерзшие эмоции.

Многие воспринимают последствия долгосрочной абстиненции за психические расстройства.

Вот некоторые пути лечения долгосрочной абстиненции:

- Посещение групп: «Психокоррекционные группы», «Группы поддержки».
- Общение с человеком, который прекратил употреблять и обладает опытом выздоровления (наставником).
- Использование лозунгов: Первым делом – главное.
- Позвони своему наставнику «до», а не «после». Жди чуда. Живи одним днем и другие.

Перейдем к психическому здоровью. Тяга – серьезная проблема этого периода. Основная задача этого психического периода перестать страдать от озабоченности и желания употреблять, останавливать этот негативный процесс мышления. Это возникает когда наркоман пускается в:

- эйфорические воспоминания об употреблении (только о хорошем);
- навязчивые мысли об употреблении (что это возможно);
- неспособность и неготовность разбираться со своими проблемами (легкий путь решения – это употребить);
- снятие с себя ответственности за свое употребление;
- необдуманные поступки, несознательное поведение (эмоциональное поведение).

Избежать этого можно, вспомнив свое употребление до мелких подробностей. Если следовать 12-ти шаговой программе, то эти все проблемы уходят. На позиции – Я убежден, что эти проблемы можно преодолеть (позитивное мышление) – выздоровление возможно. Если наркоман преодолевает эти проблемы, то он готов вступить в следующую стадию выздоровления.

Май – сентябрь 2000 года

Через два дня я узнал о длительной реабилитации по модели «Дэй Топ», которая была в соседнем городе, и проездом (ехал с короткого свидания с женой из тюрьмы) заехал глянуть, что там за центр. Да так там и остался на три с половиной месяца. Строгая дисциплина, работа и общение, все по команде. Все делаем сами: и по дому, и по кухне, и по уборке. За любое нарушение дежурный

выписывает замечание. Набрал пять замечаний – получи утруднение. Первые я набрал довольно быстро, за что и был премирован 16-ти килограммовым блином от штанги. Его нужно было носить с собой везде. Не катить, а именно носить! Я его забыл... Всего один раз, блин поменяли на 24-х килограммовую гантелю. Так я и постигал, что такое дисциплина! Основа любого выздоровления. Две недели по пять замечаний. Получил «Могилу». Пока все отдыхают, в любое свободное время, я копаю. Копаю ямку... Два на два метра и два в глубину. На ее дне я должен похоронить свои недостатки! Со всеми почестями и помпезностью. С произнесением речей и бросанием горстей земли в яму. Шесть дней я убил на нее. Закурил раньше команды – «свая». Поле, утыканное железобетонными сваями, торчащими из земли сантиметров на 50-60. Хотели когда-то строить второй корпус, да не построили. Тут, по мнению директора, будет хорошее футбольное поле. И вот когда все отдыхают, те, кто получил в качестве приза «сваю», берут кувалду и долбят. Долбят... Долбят свою сваю! Первую я развалил минут за 100. Вторая (позже) ушла за 40 минут. Впоследствии рекорд – 17 минут на сваю. Есть там свои хитрости. Живет нас в «семье» около 20 человек, все наркоманы и наркоманки. Почти все местные: вместе торчали, вместе лежим. Со смехом вспоминаем и честно расписываем в заданиях, кто и кого «кидал». И что главное! Никто никого не держит. В любое время можешь созвать большой круг и сказать, что уходишь. И уйти... Только куда??? Куда идти??? Естественно, некуда... Не чувствовал я в себе на тот момент силы жить в социуме...

Программа была рассчитана на год. Я пробыл там почти четыре месяца... Меня оттуда попросили... Я-то был грамотный (видно чересчур). Я был в реабилитации и знал, что наркомания – это смертельное и неизлечимое заболевание. Там так не считали. Меня попросили. Я ушел. За это время , что я реабилитировался, у жены шла своя жизнь. Сидела она в четвертый раз, была в авторитете. Поэтому за нее я как-то не переживал. Она и передала мне записку. У меня СПИД, и скоро я умру. Я пришел домой и заплакал... Заплакал, просматривая фотки, от горя и безысходности, от беспонтовости всего происходящего. Стало невыносимо тяжело и грустно. Знания на тот момент были про ВИЧ-инфекцию нулевыми. ВИЧ=СПИД=СМЕРТЬ!!! На следующее утро меня попросили зайти в инфекционное отделение (вход отдельный сбоку). Естественно, у меня тоже был ВИЧ. За себя страшно уже не было. Я вмазался в этот же день. А что мог придумать торчок как я? И еще месяц или два наркотизации. Передозировки, реанимация, воровство из дома и где придется. Попытка пожить в религиозном центре реабилитации...

Не мое! Молитвы на непонятных языках... Блажить... Госпооооодяяя... Спааси и сооооохраниии мяяяя! Точно не мое... Ушел я оттуда через пять дней... на жутчайшей тяге! Поторчал еще пару недель... Устал окончательно и, проходя мимо Храма, решил зайти, заодно узнать, не хочет ли Батюшка приобрести икону, которая есть у моей бабушки. Я просто в шоке! И это я??? О чем я вообще думал? Я проговорил с ним час, Икона Батюшку не интересовала. А вот помочь он мне пообещал. Написал рекомендацию в «Оптину пустынь» к тамошнему настоятелю. Я был подлечен и решил поехать в монастырь. Нашел мать, она мне купила билеты на завтра, я пошел к теще. Вынес дрель, попрощался с дочуркой, взял героина (который проторчал за ночь). И наутро уже бегал, искал, где подлечиться. И тут начали происходить непонятные вещи. За час до отъезда раздался звонок по телефону. Мне звонила девочка, с которой я проходил реабилитацию, договорились встретиться в Москве. Я сел в поезд и поехал. Отпустило меня на перроне вокзала, стало жалко себя и очень неуютно. Поезд ждал отправления. И тут я увидел её! Она продавала водку и почесывалась. Короткий диалог... Есть чо? Есть! Сколько? 200-чек. Ого!!! А баян? Баяна нет... и как же быть? Не знаю... Вот тут-то я понял, что значит БЕССИЛИЕ ПЕРЕД НАРКОМАНИЕЙ!!! Я, человек, ни разу не нюхавший героин, считавший, что это перевод продукта, зная, что доза моя намного больше чека по вене. Купил чек. Чтобы вынюхать его за двойную цену. Предполагая заранее, что продаст она мне побелку, купил и вынюхал. И сидел еще минут пять ждал. Что там можно было ждать? Я был обескуражен! Купил водки в вагоне-ресторане и выпил всю бутылку из горла в тамбуре. После, еще помню, пили с соседом по купе. Очнулся я в Москве... 12 сентября 2000 года. Там же была выпита моя последняя банка Джин Тоника (тогда я еще даже не предполагал, что она последняя).

13.3. Стадия раннего выздоровления

Это процесс внутренних перемен. Мы учимся комфортно чувствовать себя в трезвой жизни. Мы начинаем все больше узнавать об этой болезни, обретаем способность решать проблемы без химических веществ. На этой стадии основная роль отводится пониманию и принятию себя. Человек начинает больше слушать, меняется понимание зависимости и той роли, которую играли наркотики в нашей жизни.

Мы начинаем изучать нашу зависимость, и что необходимо делать, чтобы быть трезвым. На этой стадии происходит работа с чувствами. На стадии раннего выздоровления акцент ставится на коррекцию образа мыслей, ассоциирующихся с нашей зависимостью. Проблема заключается в старом образе мышления, неуправляемых чувствах, разрушительных поступках. На этом этапе предполагается два вида изменений:

- в сфере чувств, убеждений, мотивации;
- в процессе понимания законов и принципов химической зависимости.

Эти изменения приходят в процессе освобождения от чувств вины, стыда и боли, накопленной в употреблении. Способы освобождения от этих чувств:

1. Слушать истории других людей.
2. Рассказывать свою историю.
3. Участвовать в психотерапевтическом процессе.
4. Работать по шагам и программе выздоровления.

Сентябрь 2000 года – 2004 год

И вот я в Москве. Я встретился с Олей Т., она отвезла меня в центр, в котором я лежал, я там поговорил с консультантами. И даже не знаю, что со мной случилось?! Я позвонил домой матери, она согласилась выделять мне 100 баксов в месяц, чтобы я не умер с голоду...

Доверяй Высшей Силе и иди! Вот и все, что мне сказали. В этот же вечер я пошел на группу, после поехал на вокзал и там заночевал как лошадь, стоя. Дней десять я пробомжевал, пока ждал денег. Просто решил поставить эксперимент. Буду делать все, что нужно... И еще, я впервые решил доверить свою волю и жизнь... Кому? Да хрен его знает кому??? Просто искренне сказал: «Если там, в небе или где-то еще кто-то или что-то есть... То помогите мне, пожалуйста!!!»

Я сильно устал, я не знаю, что мне делать, я просто хочу выжить... и все!!! Просто выжить. И не было в этом ни понтов, ни пафоса... И пришел покой... ибо терять мне было нечего. Мне было 27 лет и из имущества у меня были джинсы (убитые напрочь), кожаная куртка, туфли и кое-что из белья. Ну прямо классический вариант деревенского парня, приехавшего покорять столицу. Умора! И денег 4 тысячи российских рублей. Получил я их и понял, что могу их сейчас проторчать, либо выжить на них месяц.

Первую неделю я ночевал где придется и ходил каждый день на группы, тема у меня была одна: «Сами мы не местные, жить хочется страшно, употреблять надоело и т.д. Пустите переночевать, а то так есть хочется, что и попить негде». И как-то подошел ко мне один выздоравливающий алкоголик и позвал к себе жить... Просто так. Так я и попал к Николаю Михайловичу! И много других хороших людей я встретил на группах. Сил более могущественных, чем я. Я не могу. Мы можем! И это мой опыт! А не просто красивые слова... Грех там было не выздоравливать. В однокомнатной квартире нас жило четверо анонимных. Я мог, не вставая со своей раскладушки, замутить группу. Там можно было просто подкинуть в воздух тему какую-нибудь, и ее тут же рвали на части «монстры» программы! Это было странное содружество четырех выздоравливающих. С умилением вспоминаю это время. Первая традиция в действии! На 12 день своей чистоты я попал в бесплатную амбулаторную программу (благо такая была), прошел ее с успехом, написав на ней первые три шага. За полтора года я не пропустил ни одной группы! Иногда удавалось попасть на группу два раза за день, по субботам я ходил на группу «От заката до рассвета», это был ночной марафон из трех групп. Темы в основном были... «Про это». По средам я ходил на группу взаимопомощи

для ЛЖВС (людей живущих с ВИЧ/СПИДом). Там я получил знания о ВИЧ-инфекции, прошел несколько тренингов, понял, что можно жить долго и счастливо. ВИЧ стал для меня не проблемой, а одним из ресурсов, заставляющим меня шевелиться , а не сидеть на попе. Я стал невероятно деятельным. Стал смотреть на жизнь сквозь призму программы. То, что я был роботом программным, спасло мою жизнь. В полгода я написал четвертый шаг. Дал он мне невероятно много. В пятом я разобрался с установками, которые жили во мне и не позволяли радоваться жизни. Чувства просто переполняли меня! Стихи я писал постоянно. Меня реально «перло» от трезвости! В это трудно было поверить, но у меня получилось! Я ОСТАВАЛСЯ ЧИСТЫМ! Месяц... Два... Три... Полгода!!!

В семь месяцев меня взяли работать курьером в тот центр, где я проходил реабилитацию... Я стал получать заработную плату! Позвонил матери и попросил, чтобы больше денег не высылала. Я хотел ответственности, да и стыдно было – 27 лет был плесенью и паразитом. К году трезвости я отстажировался и меня взяли работать в центр, так я до сих пор и работаю в системе реабилитации. В первый год вообще много, что со мной произошло. Про меня сняли два документальных фильма (естественно, как правильный выздоравливающий, я был в них анонимен). Служение присутствовало в моей жизни с первых месяцев выздоровления. Это единственный способ, по-моему, отплатить сообществу за жизнь. Делиться знаниями и опытом с новичками. Кем я только не был в сообществе. Но всегда занимался тем, что мне нравится! Как-то так получилось, что стал я заниматься перепиской с регионами и теми кто сидит. Жена-то сидела, я 10 шаг никогда не писал, я писал письма жене, в которых просто описывал чем дышу и чем занимаюсь. Так она и жила все эти годы моей жизнью. Жаль не выпустили письма из зоны. В них было все мое выздоровление. От первой реабилитации и до последнего дня... ЖАЛЬ! Возможно они еще там, в Березняковской зоне строгого режима для женщин. Ездил я раз в полгода к ней на свидания. Меня даже запустили один раз в ее отряд, я там рассказывал о том, как выздоравливаю, девчонкам со строгого. Жена смотрела за ВИЧ-отрядом. После этого стал переписываться с девчонками из ее отряда, затем с другими людьми, которые писали на адрес АН, так все и «закрутилось». До сих пор пишу. Многие уже освободились и в АН пришли (приятно, когда твой «двенадцатый шаг» выздоравливать начинает). Чувствуешь сразу, что не зря тебе жизнь оставили... В принципе, про выздоровление я могу писать еще больше, чем про «торч». Но боюсь, утомил я вас уже. Сильно большой рассказ получился.

В год я написал восьмой шаг и приступил к девятому. Так вот и плаваю между шестым и одиннадцатым.

Самое серьезное испытание в чистоте было, наверное, когда мне позвонила тетя и попросила немедленно приехать домой... Я и приехал... В тот город, о котором я писал выше... Было у меня полтора года чистоты. Тяги не было, я стал другим, я потерял смысл употребления. И порой даже не понимал, зачем я вообще раньше употреблял...?! Это же глупо! Тупиковый путь развития. Я научился решать свои проблемы по-взрослому, а не прятаться, как ребеночек, от жизни под одеяло наркотиков. Я радостно вбежал по лестнице... позвонил. Мне открыла сестра... Прямо сейчас комок в горле, слезы накатывают... Короче мама превратилась в скелет, обтянутый кожей... Это было ТАК СТРАШНО!!! МОЯ МАМА УМИРАЛА ОТ РАКА!!! Я заплакал, она попросила не плакать, я перестал. Мамочка моя миленькая. Мне так теперь тебя не хватает. Она умерла на моих руках через три дня... Ночью... Ирония судьбы... Мне пришлось колоть ей промедол и ставить опиумные свечи. Тяга была нереальная... Хотелось вмазать себе этот промедол и больше ничего не чувствовать... Спасало то, что днями я ходил по улице, общался с наркоманами, нашел там мало-мальски грамотного психолога, к Батюшке нашему рыженькому заходил (подлечивал он меня беседой духовной) и, как не странно, плеер, и в нем постоянно играл Рамштайн! Не давал мне раскиснуть своей мощью. С тех пор песню «Муттер» без боли слышать не могу. Я выжил, а ее силы ушли на мое спасение...

Позже решил позвонить брату... узнать что с ним (он жил на Украине). Все как в анекдоте... Здравствуйте, а Вася дома??? Вася умер... полгода назад от передозировки... Я опоздал к своему братику... Жаль. Мне бы он поверил... Он меня любил. Хоть и вмазал первый раз оплеухой...

13.4. Стадия среднего выздоровления

На этой стадии большое внимание уделяется реабилитации в социальной сфере. Эта стадия внешних изменений. Изменений образа жизни, выбор строить новую жизнь по новым принципам или избегать каких-либо изменений.

На этой стадии мы выходим из роли жертвы. У нас есть выбор.

На этом этапе мы учимся общаться с друзьями, корректируем семейные, интимные и деловые отношения. Учимся доверять самому себе, справляясь со взлетами и падениями в каждодневной жизни.

В этом нам помогают 6, 7, 8 и 9 шаги.

2004 – 2007 годы

Жена вот уже как год освободилась благодаря моим 8-9 шагам, я встретился с нашим бывшим соседом. Попросил у него прощения, рассказал о себе. Он сейчас адвокатом работает... Вот я ему и предложил стать адвокатом жены. Он ее посадил. Он ее и вытащил! Жена выздоравливает, дочку мы забрали. Есть у меня и работа, и деньги. Но я по-прежнему считаю (и это здорово помогает мне справляться со всякими жизненными трудностями), что жизнь, подаренная мне программой, – ХАЛЯВА! Я на самом деле должен был умереть в конце 2000 года. Поэтому каждый чистый день я так и воспринимаю как подарок. Раньше меня терзал этот вопрос: «Почему был выбран я? Почему именно мне сохранили жизнь? За что? Многие из тех, кого я хорошо знал и кто погиб от наркотиков и алкоголя, ничем не хуже. А порой и лучше меня...» Ответа на этот вопрос я так и не нашел до сих пор... Но для меня уже не важно сколько я проживу... Для меня важно: КАК Я ЭТО СДЕЛАЮ?

13.5. Стадия поддержания трезвости

Эта стадия длится всю жизнь. Продолжается процесс роста и развития. Выздоровление действительно оказалось процессом. Хотя любой зависимый хочет, чтобы, как только он перестанет употреблять, все нерешенные проблемы по мановению руки оказались в прошлом. Только сегодня, у меня есть силы и помощь других выздоравливающих, чтобы сделать все, что от меня зависит, чтобы не употреблять вещества. Чистый с 13 сентября 2000 года.

Это было в воскресенье. Я ехал с группы домой и держал в руках толстый глянцевый том книги «Анонимные Наркоманы», который нам прислали из Америки. До этого я таких книг не видел. Это была настоящая книга! До этого я пользовался нашими самопечатными, неодобренными книжками, в которых не было раздела с личными историями. Книжка была красивой. Ехать мне было минут тридцать. Был вечер, и в метро было немного народа. Я удобно уселся и стал читать «Личные истории». Когда я оторвался и вновь осознал, что я в реальности, поезд прибыл на конечную станцию. Я закрыл книгу и до меня, наверно впервые, со всей ясностью и чёткостью, дошла простая и удивительная мысль: «Мне больше не нужно употреблять наркотики!!! Я СВОБОДЕН!!!» Я чуть было не прослезился и, сглотнув слезу, мысленно запел песню ветеранов Великой Отечественной Войны.

«День победы! Как он был от нас далек...

Как в костре потухшем таял уголёк...»

На тот момент, я был «чистым» полтора года. И именно в тот день я сделал свой окончательный выбор: «Употреблять или нет?» Я почувствовал всю прелесть того, что мне больше не нужно добывать наркотики любой ценой, не нужно врать и обманывать. Не нужно предавать и переступать через свои принципы и душу. Не нужно быть животным и подонком. Можно быть просто человеком. Так ко мне вернулось достоинство.

Двенадцатое сентября двухтысячного года. Поезд. Еду в монастырь, чтобы в очередной раз убежать от самого себя, наркотиков и жизни. Действие последней дозы постепенно начинает прохо-

дить. Появляется страх. Остановка. Вижу на перроне наркоманку, она продает водку. Пулей выбегаю из вагона, поезд будет стоять всего пять минут.

– Есть что?

Она оценивающе смотрит на меня и признает во мне «своего».

– Есть. Одна доза столько-то....

– В три раза дороже, чем она стоит?!

– Берешь?

– Беру!

Поезд трогается, я отдал половину денег за дозу, которая меня даже не подлечит. Шприца нет. Я никогда в жизни не нюхал, я всегда кололся. Доза у меня большая. И, тем не менее, я купил ее! Вынюхал! Никаких ощущений. И застонал от бессилия. Так вот оно какое... БЕССИЛИЕ!!!

Большую часть оставшихся денег я пропил в ту же ночь. Май двухтысячного года. У меня полтора месяца «чистоты»! Впервые за предыдущие тринадцать лет я не употреблял НИЧЕГО!? Полтора месяца. Я прошел курс реабилитации, узнал, что есть «чистые» наркоманы! Узнал, что есть целое Всемирное сообщество Анонимных Наркоманов! И я могу не употреблять, если буду делать то, что нужно. Но я-то сам, наверное, смогу найти свой путь.

День того же дня. Суд у жены за распространение. Срок двенадцать с половиной лет!

– У меня СПИД и туберкулез. Я умру там. Прощай, береги дочь.

Вечер того же дня. СПИД-центр.

– Распишитесь вот здесь. Теперь вы поставлены в известность, что несете уголовную ответственность за опасность заражения или распространение ВИЧ-инфекции.

– Сколько осталось? И смогу ли общаться с дочерью?

22 июня тысяча девятьсот девяносто девятого года. Прибегаю домой, жена уже готовит.

– А что это у тебя такой халат мокрый? Облилась чем-то?

– Быстрее уколи меня первой! Не видишь, воды отходят. Я сейчас рожу! Быстрее и в родильный дом.

Колю ее, колюсь сам, везу ее в роддом. По дороге размышляю, до чего я докатился... Я стал «конченным» (отпетым для наших американских друзей) наркоманом. Я ненавижу себя!

Тысяча девятьсот восемьдесят седьмой год. Ко мне приходит мой друг. Он просто светится от счастья.

– Я кое-что принес тебе попробовать!

– Что это?!

– Наркотики!

– Да ладно?! Страшно. Говорят, что это плохо!

– Ерунда. Мы же не будем колоться, мы просто покурим.

Первый укол. Немного позже. Вот это да! Это то, что я искал всю свою жизнь! Вот оно! Ради чего стоит жить!

Настоящее мое выздоровление началось, когда я отбросил все. Абсолютно. И стал жить, строго соблюдая все рекомендации. Иначе бы я не выжил. Я был очень плох.

Я оказался в чужом и незнакомом мне городе с очень маленькой суммой денег в кармане. У меня были смутные представления о том, как работает программа. Единственное, что я понимал совершенно ясно, что нужно каждый день ходить на группы.

Это в меня вошло прочно еще в реабилитационном центре. Я ехал в монастырь и по дороге заехал в центр, в котором лежал. Встретился с консультантами, рассказал о срыве и своём намерении уйти в монастырь. От меня несло свежим перегаром.

Какой монастырь?! Ты себя в зеркало видел? Ты же убежишь оттуда через два дня. Иди на группы. И я пошел. Я был настолько раздавлен и опустошен, что просто стал делать, и перестал размышлять, нужно мне это или нет. В меня как-то сразу провалились и второй, и третий шаги.

– Ладно, – подумал я, – если там кто-то или что-то есть, то я готов! Возьми и тело, и душу! Все равно они мне уже не нужны.

И еще я вспомнил бабушку. Свою любимую и заботливую бабушку. Мать девяти детей и няньку десяти внуков и внучек. Я был любимым.

– Бабушка. Любимая моя бабулечка! Если Он есть, то ты должна быть рядом. Обязательно должна! Попроси Его! Я устал! Я больше не могу так! Попроси Его за меня!

Не смогу это объяснить?! Но с тех пор пришел покой и смирение. Странно?! Но я как будто стал другим. С того самого дня я не употребляю наркотики и алкоголь.

За плечами у меня был и протестантский религиозный центр реабилитации, и программа «Дей Топ», и двенадцати-шаговый реабилитационный центр, не считая сотен попыток бросить самому не употреблять «тяжелые» наркотики, пить, чтобы не колоться, и колоться, чтобы не пить... Переезды, построение семьи и прочее, и прочее...

На группах мне понравилось с первого раза, еще когда нас вывозили на них из центра. Я увидел этих людей, услышал то, о чем они говорят, и совсем забытое чувство проникло в меня. Я почувствовал, что я дома. Мне больше некуда торопиться и вот эти полтора часа, что я здесь, я не буду употреблять точно. Первую неделю я ходил по группам и заявлял только одну тему. Я очень хочу жить! Но я чужой в этом городе, у нас в городе нет групп Анонимных Наркоманов. Я не знаю, что делать?!

Ночевал я где придется. На вокзале с бомжами, на стройке, в подвале дома. Однажды меня пустил переночевать к себе один Анонимный, я выкупался. Одну ночь мне разрешили переночевать в помещении группы. Это было великое благо. Просто растянуться на стульях и спокойно выспаться в тепле и тишине. Там был сейф группы с седьмой традицией. И поскольку был сентябрь, то денег в нем было прилично. Я сидел, смотрел на этот сейф и поражался.

– Почему эти люди так отзывчивы и добры ко мне? Я же могу обворовать их? Они меня совсем не знают. Я же вор! Я воровал даже пенсию у своей бабки, если мог ее найти.

Какие-то шурупчики стали вертеться в моей голове по-новому. Через неделю такой жизни я стал падать духом. После одной из групп ко мне подошел один человек и, сжалившись, предложил пожить какое-то время у него. Просто незнакомый человек, который всю эту неделю наблюдал за мной на группе. Сам он семь лет ежедневно приходил на группы и продолжал употреблять, но на тот момент он был «чист» три года.

Так я попал в приют для «выздоравливающих». Я созвонился с матерью, и она, святой человек, согласилась выделять мне сто долларов в месяц на существование. Я научился выживать на них.

Когда открылась дверь в квартиру, от двери отбежала стая тараканов и затаилась по щелям и углам. От двери было протоптано несколько дорожек. Одна вела на кухню, вторая в ванную и туалет, третья в единственную комнату, где разветвлялась на несколько тропинок поменьше: к дивану, тахте и спальному мешку.

Но я был рад! У меня была крыша над головой и еда.

Я хорошо помню следующее утро. Я открыл глаза и увидел небо. Голубое и чистое небо. И еще я услышал щебет птиц. Именно тогда я и решил, что с этой минуты сделаю все от меня зависящее, чтобы оставаться «чистым». Помимо меня в этой квартире жило еще три выздоравливающих.

В грязи я жить не хотел, поэтому предложил вымыть дом и вычистить. Мне было не зазорно это делать. Я вымыл его за два дня. Вычистил и выскреб. Я это делал для себя. С этой минуты это был мой, пускай и временный, дом. Это был новый опыт. Делать для себя, а если это приносит пользу еще кому-то? То это прекрасно! Все заблестело.

На группе мне подарили раскладушку, и я стал постепенно обрастать имуществом. У меня появился свой уголок. В принципе Высшая Сила поместила меня в такие условия, где нереально было не выздоравливать. Я жил с тремя ветеранами. И пусть они были не очень чистоплотны, но теоретически в программе разбирались очень хорошо. Я мог, не вставая со своей раскладушки, провести группу. Просто подкинув им перед сном какую-то тему по программе, и дискуссия и споры не умолкали по нескольку часов. Я впитывал в себя знания и опыт других.

Помимо этого, я пять дней в неделю посещал группы Анонимных Наркоманов, пошел на группу по изучению шагов, посещал лекции и терапевтические группы в одной бесплатной амбулаторной

программе. Каждую субботу я посещал марафон-группу, которая длилась всю ночь. По средам я ходил на группу взаимопомощи для людей, живущих с ВИЧ-СПИДом. Постепенно восстанавливалась и память, и физическое здоровье. Меня стали узнавать в сообществе, появились знакомые. В месяц «чистоты» я взял первое служение, я мыл полы. В три мне доверили следить за наличием чая и кофе, сахара и печенья. В полгода я стал представителем группы на Местном Комитете Обслуживания (МКО), параллельно я вел группу. Я делал все, что могло принести пользу мне и сообществу. Я не работал по программе, я жил ей. Пока у меня не восстановилась способность хоть как-то разумно мыслить, я жил программными девизами. Я делал! Делал! И делал!

В год «чистоты» мне предложили взять на себя переписку с другими группами и теми наркоманами, кто сидел в зонах и тюрьмах. Мне это понравилось. Тем более, что я и так вел обширную переписку по 12-му шагу с теми, кто отбывал наказание. Моя жена продолжала сидеть. Я писал ей по четыре, пять писем в неделю. Писал и отсылал ей свои самоанализы за день. Она, по сути, жила моей жизнью. Жила тем же, что и я. Я не оставлял надежды вытащить ее оттуда. Она тоже стала меняться. И из полного «отрицалова» и «смотрящей» за отрядом перешла в актив и стала меняться в лучшую сторону. Я переписывался с десятком девчонок из ее отряда. Со временем некоторые из них стали освобождаться и пришли на группу. Меня это воодушевляло. Мне безвозмездно помогали люди, я платил им той же монетой. Я помню всех их по именам. Так как три моих наставника были в постоянном моем распоряжении, то я и не стал их официально уведомлять об этом. Просто про себя считал их таковыми. Они были разными. Каждый рассказывал мне о своем видении вопроса, который меня интересовал на тот момент.

Я стал работать по шагам, со временем написал четвертый и сделал пятый. Написал восьмой и частично стал делать девятый шаг. Со временем ко мне стали подходить новички и просить о наставничестве. Я не отказывал. Я был целиком погружен в жизнь сообщества. Анонимные Наркоманы заменили мне и семью, и дом.

В силу своих скромных талантов я стал писать небольшие юмористические сценарии и ставить фарсы на Новый год и празднование юбилея Анонимных Наркоманов. Я продолжал придерживаться тактики муравья. Шаг за шагом, делая для себя. С удовольствием то, что мне нравилось делать. И в этом не было ни пафоса, ни бахвальства. Я жил в программе, программа жила во мне. Сообщество росло и развивалось. У нас появился литературный комитет. Мы вышли на связь с ВСО. Я помню, как я и еще один старый наркоман из другого города провели первое заседание подкомитета по Тюрьмам и Больничным учреждениям. Я до сих пор храню протокол того заседания как память.

Работать я пошел, как только крепко встал на ноги. В семь месяцев меня взяли на работу, и я тут же отказался от помощи матери. Мне было стыдно, что в свои двадцать восемь лет я сидел у нее на шее. С тех пор я обеспечиваю себя и свою семью.

Время шло, я менялся и мужал. Я обрел то непередаваемое чувство уважения к себе. Чувство нужности другим и осмысленности жизни. Я стал личностью со своим целостным и сформированным мировоззрением. Я не знаю, как передать всю полноту ощущения единства с другими. Я ездил по другим городам и там, где были группы Анонимных Наркоманов, я чувствовал себя дома.

Самым трудным было перенести смерть мамы. Внезапную и скоропостижную смерть от рака. До самого последнего момента она скрывала от меня свой диагноз. Она боялась, что я вернусь в свой город и вновь начну употреблять наркотики. Я застал ее еще живой. Но она превратилась в скелет, обтянутый кожей. Умерла она у меня на руках через три дня после моего приезда. Что мне тогда помогло остаться «чистым»? Хоть мне и приходилось ставить ей обезболивающие и опиумные свечи от боли. Желание избавиться от эмоциональной боли было невероятным. Как это быстро и качественно сделать я знал. Я днем, пока с мамой сидела сестра и тетя, ходил по городу и нес весть о сообществе тем, с кем полтора года назад употреблял наркотики. Я никому не смог помочь из них, но я помог себе. Я встретился с настоятелем Храма, рассказал ему о духовной природе программы. Дал интервью местной газете, естественно, соблюдая традиции. Я отвлекался и продолжал действовать. Я не мог попусту тратить время. Я и так потратил тринадцать лет своей жизни в пустоту. Мама умерла. Как она и просила, гроб с ее телом перевезли в другой город. Там ее и похоронили.

Так я окончательно повзрослел. Отец умер еще раньше, когда я еще употреблял. Умер от цирроза печени. Он был хорошим мужиком. Водителем такси. Но он пил. Пил часто и много. Поэтому и умер, не дожив до пятидесяти лет.

Время шло, я продолжал вносить посильный вклад в развитие сообщества и работать над своим выздоровлением. Попытки помочь нескольким своим старым товарищам ни к чему не привели. Я в очередной раз убедился в том, что нужно нести весть, а не наркомана. И принцип двенадцатого шага остался неизменным в моей голове. Помогать тем, кто страдает и не знает, как остановится. Мои друзья решили дойти до еще более глубокого дна. На тот момент я не страдал созависимостью и больше я с ними не встречался.

В результате работы по восьмому шагу я принес извинения человеку, который косвенно принял участие в том, чтобы моя жена попала в тюрьму. Через четыре с половиной года, отсидев их вместо двенадцати, он помог вытащить ее оттуда. Она освободилась, и мы стали жить вместе. Я помогал ей чем мог. Но вместе жить как-то не получается. Слишком я и она изменились и отдалились друг от друга, пока она сидела. Мы расстались. Она живет с нашей дочкой, а я помогаю им материально.

Что касается моей ВИЧ-инфекции, то это один из мотивов, чтобы не употреблять наркотики. Слишком много в последнее время стало умирать от СПИДа наркоманов, которые находились в активном употреблении. Пока мой статус позволяет мне не принимать терапию. Чувствую я себя более-менее бодро. У меня достаточно реалистичный и практичный подход как к наркомании, так и к ВИЧ-инфекции. Чем больше я узнаю о природе этих заболеваний, тем спокойнее я себя чувствую. Часто ко мне обращаются выздоравливающие наркоманы за консультацией по ВИЧ. Я не отказываю.

Самая большая трудность в выздоровлении – это мои дефекты характера. Иногда под впечатлением и воздействием эмоций сделаю что-то необдуманное, а затем жалею и исправляю. Вместо того, чтобы подумать пять минут, я трачу часы на исправление своей вспыльчивости. Время от времени попадаю в различные зависимости. В общем, есть над чем работать и куда расти. Есть куда развиваться. Хотя зачастую это болезненно. Но нет боли – нет роста.

Недавно мне доверили быть секретарем комитета по связям с общественностью на региональном уровне. Тоже интересное занятие. Я люблю новых людей, люблю общаться с ними, люблю бывать в других городах и способствовать развитию Анонимных Наркоманов. Чтобы возможность выздоравливать была у любого наркомана, ищущего выздоровления. Чтобы у наркоманов был выбор, которого не было когда-то у меня. От меня того прежнего, наверное, осталось только тело. Я стал другим. Другой, более зрелой и интересной личностью. Человеком, который каждый день делает свой выбор и несет за него ответственность.

Я чувствую личную ответственность за развитие сообщества. Потому как говорить красиво и даже петь о своей благодарности я могу бесконечно. Для меня важно подтверждать свои слова делами. Я не знаю другого способа выразить свою благодарность сообществу Анонимных Наркоманов, чем дела и конкретные действия.

Сегодня «чистый». То, что наркоман, помню. Спасибо, что послушали.

13 ноября 2005 года.

Сегодня 01 ноября 2007 года

Я работаю директором реабилитационной программы самого раскрученного центра. Помимо этого езжу по стране с тренингами по формированию приверженности к лечению ВИЧ-инфекции. Учусь. По-прежнему с удовольствием много служу в Анонимных Наркоманах. У меня много друзей. Я востребован. Уважаем другими и самое главное собой. Я счастлив. И могу теперь помогать и поддерживать близких мне и дорогих людей.

Раздел VI

Организация помощи лицам с игровой зависимостью

Глава 1. Организация и специфика оказания помощи абонентам «горячей линии» по вопросам игровой зависимости»

В России в последние годы игровая зависимость начала приобретать всё больший и больший масштаб. Это привело к выделению отдельной телефонной линии для страдающих игровой зависимостью и других людей, вовлеченных в эту проблему, главным образом, родственников игроков.

Консультанты линии придерживаются в своей работе соблюдения принципов анонимности, конфиденциальности, доступности и бесплатности оказываемой помощи, принятых в содружестве служб «Телефон Доверия». Целью работы «горячей линии» является оказание неотложной психологической, а также консультативной и информационной помощи лицам, страдающим от собственного пристрастия к азартным играм или пристрастия близких им людей.

Таким образом, работа этой линии предполагала возможность оказания не только информационно-справочной помощи, но и, при необходимости, работу с эмоциональным состоянием позвонившего, оказание ему психологической поддержки, прояснение для абонента причин его негативных переживаний, разъяснение механизма развития игрового пристрастия, или созависимости, как собственно расстройства имеющего определенную специфику (динамику, симптоматику, развитие). А также возможных вариантов помощи с приглашением на очный консультативный прием, то есть, в том числе работу с мотивированием абонента на лечение.

Задачами «горячей линии» в связи с этим являются:

- оказание психологической помощи человеку, находящемуся в остром эмоциональном состоянии, переживаемом как негативное. В случае обращения, несвязанного с профилем работы Горячей линии, после выравнивания эмоционального состояния предоставление информации и координат, по которым человек может получить необходимую ему помощь;
- выслушивание и эмпатийная поддержка абонента с использованием инструментария телефонного консультирования, и одновременно оценка эмоционального состояния, степени зависимости и суицидального риска абонента;
- прояснение вопросов, касающихся механизмов болезни, работа с мотивацией абонента на выздоровление, личностные изменения;
- предоставление информации о возможностях получения специализированной помощи, при согласии абонента запись на очную консультацию к специалистам по оказанию помощи зависимым и созависимым людям, информирование о группах самопомощи Анонимные Игроки и группах для родственников игроков И-Анон, а также амбулаторных реабилитационных программах.

В целом профессиональные особенности личности работника «горячей линии», отвечают требованиям, предъявляемым к консультантам служб экстренной психологической помощи. А именно: эмоциональная уравновешенность, стрессоустойчивость, способность к эмпатии, само-

контролю поведения, определенная открытость, гибкость установок, самопринятие, безоценочность, культура речевого общения, способность к рефлексии, стремление к самообразованию и саморазвитию, социальная информированность.

В ходе профессиональной подготовки консультанты:

- обучаются навыкам активного слушания, включающего приемы поощрения высказывания абонента, использования открытых вопросов, перефразирования, повторения, фокусирования, обобщения, отражения чувств и отношений в контексте беседы;
- получают знания об этапах ведения конструктивного диалога, заключения контракта с абонентом о предмете беседы, а также видах конфронтации, кризисной интервенции, работы с манипулирующими абонентами, абонентами, находящимися в остром эмоциональном, агрессивном состояниях, переживающих тревогу, страх, потерю и прочее;
- обучаются пониманию принципов работы механизмов психологической защиты и уловок «драматического треугольника», известного как «треугольник Карпмана», в котором консультант и абонент рискуют «застрять», меняясь ролями: Жертва, Преследователь, Спасатель. Каждая из ролей подразумевает обесценивание, пренебрежительное отношение к себе, к другому, или к способности другого принимать самостоятельные решения. Если консультант не будет внимателен, то может оказаться втянутым в ту или другую роль и «бродить» с абонентом по кругу. Цель консультанта оставаться «снаружи», не разыгрывая драмы, избегая вступления в какую-то из этих ролей.

Наиболее беспокоящими консультантов вопросами на первых этапах работы были: способы работы с агрессивными, манипулирующими, зависающими абонентами, а также абонентами, находящимися в остром, негативном эмоциональном состоянии, плачущими, переживающими кризис или проявляющими суицидальные тенденции. Эти вопросы также были темами занятий в супервизорских и учебных группах, с отработкой практических навыков.

Одной из проблем, явно проявившихся в работе «горячей линии», был перенос навыков работы с информационно-справочного телефона по проблемам алкоголизма и наркомании, где беседа с абонентом строится в довольно сжатом, узком формате. То есть консультанты часто ограничивались выдачей информации о работе центра, способах оказываемой им помощи и приглашением записаться на очную консультацию к специалисту, что, как выяснилось в ходе проведения проверки, абонентами оценивалось негативно, воспринималось ими как формальное присутствие, навязываемое приглашение на очный прием и вызывало сопротивление дальнейшему сотрудничеству. Кроме того, при проведении ряда индивидуальных супервизий частой темой проявлялось недостаточно эффективное использование навыка отражения в процессе беседы чувств абонента и своих чувств, их конструктивное отреагирование, что, в свою очередь, чревато формированием синдрома выгорания.

Спустя некоторое время работы «горячей линии» одной из самых интересующих тем, консультантами была заявлена проблема работы с мотивацией абонентов на обращение за дальнейшей помощью, лечением и принятием решения о необходимости достижения каких-либо изменений в жизни. Для реализации этой задачи был проведен тренинг по работе с мотивацией на выздоровление в рамках направления когнитивно-поведенческих вмешательств и техники «мотивационное интервью», адаптированный для использования в телефонном консультировании.

Кроме того, в перспективе видится необходимость уделения внимания вопросам юридического порядка, в связи с поступающими звонками от абонентов, желающих узнать тонкости своей правовой защищенности, что объясняется ростом долгов и кредитов у игроков. Может быть, консультантам, действительно, следует быть лучше «подкованными» в разговоре с подобными обращениями. Но эта задача требует еще дополнительного обсуждения.

Еще одним перспективным направлением работы является изучение компьютерной зависимости. Данная проблема, очевидно, имеет и общие для всех аддикций, в т.ч. игровой зависимости, черты, но и определенные отличия, как, например, склонность таких пациентов к аутизации, формированию «удобного» виртуального мира, нарушение коммуникации, социализации, вероятно,

наличие и других преморбидных черт личности, свойственных этим людям. Еще одна специфика - тотальность компьютеризации. И для получения «дозы», таким образом, не нужно даже выходить из дома или с работы, в то время как для достижения других аддиктивных «удовольствий» нужны определенные условия: казино, магазин, торгующий винной и табачной продукцией, определенная компания людей или, наоборот, уединение. И кроме этого требует учёта возрастная специфика зависимых, т.к. часто подвергшиеся формированию компьютерной зависимости это дети и подростки. Следует отметить, что звонков, связанных с этой проблемой, пока немного, но очевидно их нарастание. Обращающимися к нам за помощью в таких случаях являлись близкие родственники (родители, бабушки, дедушки) подростков, не видящих проблем в своем поведении, но вызывающие тревогу у окружающих.

Абонентам, звонящим по поводу своих детей (до 18 лет), даётся информация (адрес, телефон) о работе детско-подросткового реабилитационного комплекса «Квартал» Фонда НАН, имеющего штат сотрудников (педиатров, детских психологов, социальных педагогов) и возможность оказания как стационарной, так и амбулаторной помощи.

Абонентам, звонящим из другого города, кроме всего прочего, предлагается информация о сайте анонимных игроков (http://gamblersanonymous.ru), так как помощь, оказываемая в нашем центре, предлагается в амбулаторном режиме, и не все иногородние имеют возможность ею воспользоваться.

Если из запроса абонента, его состояния выясняется необходимость стационарного наблюдения ему сообщается куда он может обратиться в этом случае.

Итак, беседуя с абонентом, консультант «горячей линии»:

1. Знакомится, устанавливает раппорт, выслушивает, помогает вербализовать эмоции, ощущения, чувства абонента, его мысли, действия.
2. Проясняет запрос звонящего, его ситуацию, сформированность проблемы (зависимости/созависимости).
3. Диагностирует состояние абонента (кризисность, экстренность психологического состояния, суицидальные тенденции, необходимость предложить обращение к стационарной помощи).
4. При необходимости работает с эмоциональным состоянием абонента, оказывает психологическую поддержку, обращается к его ресурсам, формирует, укрепляет мотивацию на выздоровление, лечение.
5. Дает информацию о возможной помощи и поддержке соответственно запросу звонящего: первично обратившегося за помощью человека, пациента переживающего или пережившего «срыв» или того, кто уже прошел курс лечения и ищет поддержки (фактически это же относится и к обращениям созависимых).

В соответствии с запросом абонента и оценкой его состояния, консультант может предложить ему посещение бесплатно и анонимно консультанта первичного приема, соответственно заявленной проблеме игромании или созависимости, дать информацию о группах самопомощи, их координатах, адресах, часах встреч и сообщить о возможности его участия в амбулаторной реабилитационной программе.

6. Завершает беседу, резюмируя, проговаривая достигнутое соглашение и уточняя, совпадает ли это с пониманием результатов беседы абонентом, удовлетворяет ли его этот итог. А также сообщает, в случае надобности, режим работы «горячей линии» для повторного обращения.

Следует отметить, что все же основной задачей консультанта на телефоне является приглашение к дальнейшему сотрудничеству абонента с центром, и результативный звонок, таким образом, косвенно рассматривается, исходя из того, пришел ли звонящий на очную консультацию, на которую записался по телефону. Тем не менее, это не должно становиться первичной необходимостью. Важно обращать внимание на степень готовности и «зрелости» решения самого звонящего, решение должно исходить от самого абонента, соответствовать его «этапу» понимания своей проблемы и его возможной на этот момент степени заботы о себе. В противном случае преждевременная

мотивация только усилит сопротивление, и скорее абонент даже не позвонит в следующий раз. В то же время важно и не превращать телефонную беседу в вариант первичной «очной» консультации, где раппорт очевидно является более сильным, что повышает в свою очередь вероятность сформировать, укрепить мотивацию на изменения, лечение и участие в амбулаторной программе, посещение групп самопомощи АИ, И-Анон. То есть, в определенном смысле не снизить уровень тревоги до той планки, где, повесив трубку, человек скажет: «Ну что ж, не все так плохо, пожалуй, подожду еще немного». И, как известно, через довольно короткий промежуток времени вернется к своему употреблению, игре, очередному «запою». Хотя это еще открытая тема для размышлений о тонкостях дистантного консультирования.

Специалисты, работающие на телефонных линиях с азартными игроками должны не забывать ряд особенностей личности этих абонентов, с чем собственно и идет работа в лечебной программе, и учитывать их в разговоре:

- страх открытия истинной глубины своей проблемы, в т.ч. суммы своих долгов, что может звучать как скрытность, являясь на деле психологической защитой – минимизацией проблемы;
- крайняя неустойчивость мотивации, что является единой чертой всех аддикций,
- эмоциональная незащищенность (компульсивный игрок чувствует эмоциональный комфорт, только играя);
- незрелость, инфантильность личности, искаженность самооценки;
- неспособность и нежелание воспринимать реальность как таковую, уход в мир фантазий, желание все приобретать без особых усилий со своей стороны;
- устойчивость иррациональных убеждений (об игре, об отношениях к ситуации, к людям, о себе, о мире);
- алекситимия, неспособность к пониманию и адекватному выражению своих чувств.

Исходя из этого, консультант, как уже говорилось выше, сам должен обладать некоей устойчивостью и соответствующими качествами, навыками и быть готовым к возможности обсуждения с абонентом вопросов:

- выражения чувств и эмоций,
- снятия напряжения,
- самоконтроля,
- системы установок, ценностей,
- собственной значимости, самореализации,
- выстраивания взаимоотношений в семье.

При обращении на телефон игрока, впервые решившего обратиться за помощью, знакомство с ним и вопросы, проясняющие ситуацию и оценивающие степень вовлеченности в азартную зависимость, могут быть примерно следующими:

- О чем Вы хотите поговорить?
- Что в этой проблеме Вас больше всего беспокоит?
- Как давно Вы играете, во что? Как часто Вы играете?
- Как долго Вы можете играть за один раз, теряете ли при этом ощущение пространства и времени?
- Зарабатываете ли деньги, чтобы потратить их на игру? Проигрываете ли больше, чем наметили?
- Есть ли долги, кому, какая сумма? Продолжаете ли играть, несмотря на это?
- Как Вы себя чувствуете до, во время и после игры? Как велико желание отыграться за проигрыш?
- Думаете ли об игре дома, на работе или когда Вы один? Проявляется ли тревожное беспокойство, если нет возможности реализовать азарт?

- Что изменилось в Вашей жизни в связи с игрой? Наносит ли игра ущерб Вашим занятиям, благополучию семьи?
- Пытались ли остановиться сами? Как надолго, каким образом? Как себя чувствовали в это время? Как начали вновь играть?
- Вас посещали мысли о самоубийстве?
- Знают ли и как относятся Ваши родственники, коллеги к тому, что вы играете?
- Как Вы относитесь к своему «увлечению», а как относились к нему раньше?
- Как Вы понимаете, что это для Вас - болезнь, привычка, слабоволие или что-то еще? Что Вы знаете об этой проблеме, о проблемах зависимостей?
- Вы обращались к другим за помощью, лечились ли уже у специалистов? Каков был результат? И т.д.

Если на «горячую линию» обратился игрок, переживший «срыв», важными являются уже другие моменты:

- прояснить чувства, переживания игрока;
- дать возможность, помочь ему выразить их, проговорить;
- поддержать игрока («не стоит отчаиваться», «то, что Вы позвонили это уже шаг к восстановлению»);
- обратить его к ресурсам («срыв – это часть болезни, давайте используем его как Ваш опыт», «теперь Вы знаете о себе и о своей болезни больше»);
- поискать вместе, где он может прямо сейчас найти для себя поддержку, у кого.

Не стоит торопиться рассматривать причины срыва, пусть он это сделает в очной беседе со специалистом, пригласите его на ближайший прием («не стоит откладывать, Вы уже знаете, что и кто Вам помогал раньше, воспользуйтесь этим сейчас»). Сообщите ему о том, где в ближайшее время проходят группы самопомощи АИ.

И, конечно, могут позвонить те, кто недавно закончил реабилитационную программу и ищет поддержки (правда, таких звонков пока практически нет). Часто это переживается как кризисный период; заканчивающие программу помощи сравнивают его с такими ощущениями: «как будто ходил на костылях или даже возили в инвалидной коляске, а теперь надо начинать ходить самому». Это тоже звонок обращения за поддержкой, но здесь важно и прояснить моменты риска, не попасть в иллюзии «полного излечения».

Итак, проясните, почему он позвонил именно сейчас, что его тревожит. Напомните, что выздоровление это процесс, требующий времени и усилий с его стороны. Проговорите с абонентом при необходимости, что может его спровоцировать на возобновление игры, каких ситуаций, мест ему стоит избегать, как себя вести в случае столкновения с ними. Обсудите способы достижения целей. Напомните о ресурсах, особенно тех, которыми он сможет воспользоваться, если срыв все же произойдет. Большинство из этих вопросов уже были проработаны им в ходе лечения, сейчас речь идет скорее об их вспоминании, закреплении. Напомните о необходимости контроля карманных денег, ограничения в их сумме. Контроле приема алкогольных напитков. Важности наблюдения за своим эмоциональным состоянием, соблюдением режима дня, отдыха, планирования списка дел и занятий на день, распределения свободного времени на хобби, интересное занятие. О выделении времени на проведение его с близкими, налаживании с ними контакта, часто разрушенного в период игры, о поиске способов конструктивного выражения чувств – «не копите свое раздражение и гнев, не доводите себя до саморазрушения».

Обобщая информацию по работе с зависимыми от азартных игр, хочется привести рекомендации для «Телефона доверия» Моховикова А.Н, которые в полной мере отвечают и принципам работы с игроками на нашей «горячей линии». «В телефонном консультировании следует уделять внимание следующим обстоятельствам.

Во-первых, очень важно выявлять степень суицидального риска абонента и обсуждать его эмоциональные переживания. Они характеризуются почти полной неосознаваемостью и никак не

связываются с игровой зависимостью или саморазрушающим стилем жизни. Вместе с тем страх и отчаяние являются его постоянными спутниками, поэтому психическая боль может появиться внезапно и сделать суицидальные действия импульсивными.

Во-вторых, следует со всей серьезностью относиться к самим по себе проявлениям игровой зависимости, как формам саморазрушающего поведения, и способствовать возникновению этого осознания у абонента.

В-третьих, стимулируя его работу над эмоциональными переживаниями в настоящем, важно обеспечить его навыками описания (вербализации) своего состояния, обусловленного игровой зависимостью.

В-четвертых, следует принимать во внимание мощность психологических защит (отрицания, вытеснения, регрессии), которые, безусловно, встретятся в беседе.

В-пятых, следует подчеркивать, что возможные позитивные результаты телефонной беседы являются только началом в длительном пути совладания с игровой зависимостью и требуют от абонента дальнейших усилий и настойчивости».

Теперь о том, если звонят родственники игроков. Разговор с ними будет строиться скорее в другом ключе и касаться уже других вопросов. В беседе следует вначале оказав ему эмоциональную поддержку, и, таким образом, сформировав определенную «зону доверия», тактично, но настойчиво переводить акцент внимания с его «подопечного»-игрока (часто о своих близких, их употреблении и поведении созависимые родственники готовы разговаривать сколько угодно) на происходящее с ним самим:

- «А как эта проблема затрагивает Вас самих, Вашу семью?»,
- «Но сейчас мне позвонили Вы и мне важно в первую очередь то, что происходит с Вами, расскажите мне о себе»,
- «А как его(ее) игра отражается на Вас, как Вы себя чувствуете?»

Часто эта сторона совсем игнорируется созависимыми и приводит к нарушению его собственного здоровья и душевного равновесия, вплоть до возникновения депрессий, неврозов, соматических расстройств. Рекомендуйте ему самому обращение к специалисту, который позаботиться о нем и расскажет о механизмах развития созависимых отношений (предложите записаться на прием), расскажите о групповых формах работы и поддержки для родственников (группах самопомощи И-Анон, амбулаторных реабилитационных программах). Кроме того, можно обсудить с обратившимся следующие рекомендации специалистов:

- Не спешите обвинять себя в том, что происходит с Вашими близкими и брать всю ответственность за его поступки, здоровье, долги на себя.
- Не надо отдавать его излечению все свое время и силы, но и не стоит игнорировать проблему, оставаясь в пассивной позиции по отношению к происходящему в Вашей семье.
- Не оставляйте человека без поддержки, особенно если он заявляет о ней, говорите ему о своих чувствах, о том, что Вы его по-прежнему любите и готовы помогать в прохождении им процесса лечения.
- С одной стороны не давите излишне на игрока, но и не ослабляйте контроль, заключите с ним соглашение о том, что деньги семейного бюджета в первый период выздоровления будут оставаться в Вашем распоряжении, таким образом, у игрока не будет больших сумм на руках, что снизит риск «первой ставки» и, возможно, поможет сохранить ваш бюджет.
- Старайтесь избегать скандалов и обвинений, это только усугубит ситуацию, а игрок будет «убегать» от них в казино.
- Предъявление ультиматума на лечение вряд ли поможет игроку принять ответственный выбор за выздоровление, а только еще больше усилит взаимное недоверие в семье.
- Не пытайтесь социально изолировать игрока, это может оказать лишь кратковременный эффект, а затем игра вернется в удвоенной силе.
- Проводите больше времени вместе, ищите общие интересы, налаживайте благоприятную атмосферу взаимопонимания.

- Обсуждайте с ним, в чем причина происходящего, что привело к таким последствиям и событиям в Вашей семье, что Вы замалчивали, не замечали раньше.
- Обсуждайте с близким варианты лечения, необходимость обращения к квалифицированным специалистам, узнавайте о разных способах профессиональной помощи, но оставляйте выбор и его ответственность за своё здоровье за ним.
- Заботьтесь о своем здоровье, пусть Ваше хорошее самочувствие всегда имеет для Вас первостепенное значение и остается на первом месте.

И в заключение, хочется еще раз подчеркнуть. Ведя телефонную беседу консультантам важно помнить об игре-ловушке, в которую так любят привычно вступать зависимые и созависимые люди – это «хождение» по «треугольнику Карпмана». Занимайте позицию «Взрослого», по интерпретации трансактного анализа, разделяйте свою ответственность и ответственность звонящего, не попадайте в роль Преследователя, Жертвы или Спасателя, оставайтесь самим собой.

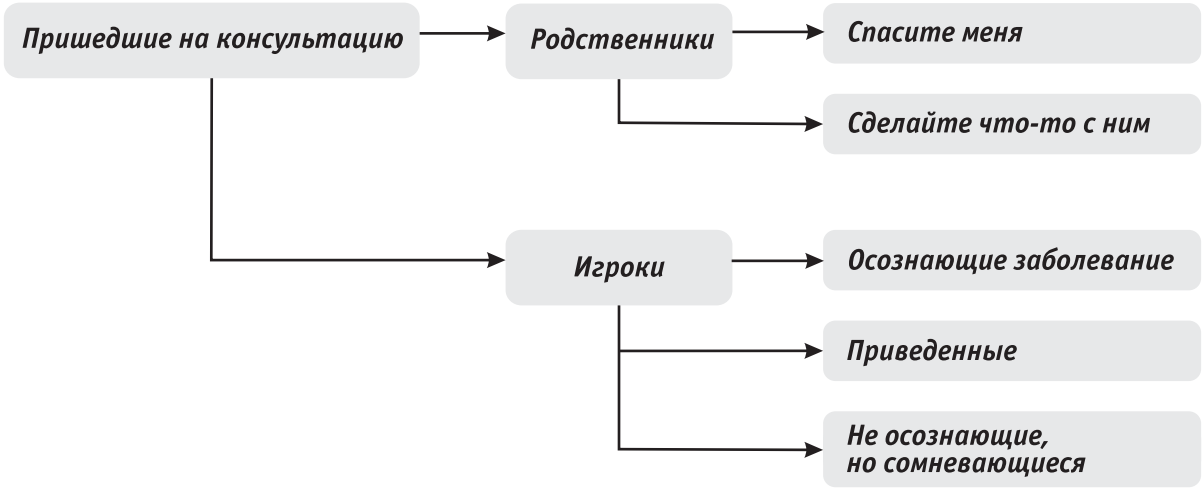
Список литературы

1. Барчина Е.Т. Психологический анализ деятельности консультанта Телефона доверия. – http://ratepp-91.narod.ru/librare/barchina/barchina.htm.
2. Зайцев В.В., Шайдулина А.Ф. Как избавиться от пристрастия к азартным играм. – СПб.: Издательский Дом «Нева» – М.: ОЛМА-ПРЕСС Экслибрис, 2003.
3. Моховиков А.Н. Телефонное консультирование. – М.: Смысл, 2001.
4. Практика телефонного консультирования: хрестоматия. Ред.-сост. Моховиков А.Н. – М.: Смысл, 2001.
5. Психология. Словарь. Под общ. ред. Петровского А.В., Ярошевского М.Г. – М.: Политздат, 1990.
6. Работа с переживаниями и психологическая помощь детям. Сборник статей и тезисов выступлений II Международной конференции Телефонов доверия (Москва, 25-27 октября 2007 г.). Игровая зависимость как препятствие к становлению личности, Примаков М.В. (стр. 75-79). Под общ. ред. Мариани Г.Э. – М.: Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения, 2007.
7. Телефон доверия. Служба экстренной психологической помощи по телефону для молодежи. Сост. РЦКСОДМ, Госкомитет РФ по молодежной политике. – Саратов, 2000.
8. Телефон доверия Служба экстренной психологической помощи для подростков и молодежи. Сост.: Федотова О.Ю., Суховерхова З.И. – М.: Институт Молодежи, 1999.

Глава 2. Первичная консультация

Итак, после того как человек записался на консультацию, он приходит в назначенное время на первичный прием. Для каждого клиента назначается отдельное время. Часто бывает, что записавшийся на прием родственник игрока (например жена или мама), приходит на консультацию вместе с игроком (мужем, сыном). Даже если они являются близкими родственниками и говорят, что готовы консультироваться вместе, консультации проводятся отдельно, что позволяет добиться большей открытости и избежать межличностных конфликтов на приеме.

Первичное консультирование ведут психологи и консультанты (специалисты, имеющие собственный опыт выздоровления и профессиональную подготовку). Причем именно первичное консультирование специалистом, имеющим собственный опыт выздоровления, является приоритетным, так как установление первичного доверительного контакта в этом случае наиболее вероятно.



Итак. Все кто приходят на консультацию, так или иначе, имеют отношение к азартным играм, т.е. это либо сами игроки, либо их родственники. Стоит отметить, что обращаются за помощью в равной степени часто и те и другие, в отличие от химических видов зависимости, где в подавляющем большинстве случаев на консультацию приходят именно члены семей алкоголиков и наркоманов.

Запросы близких, как правило, соответствуют ролям в треугольнике: преследователь, жертва, спасатель.

Вопросы часто звучат следующим образом:

«Он» такой (плохой, несчастный, больной, невыносимый и т.д.) и чтобы нам с ним сделать?

Вторая группа вопросов, которую мы условно назвали «Спасите меня» сводится к тому, что жизнь не выносима и кажется, что психолог знает какой-то секрет, благодаря которому все встанет на свои места.

И в первом и во втором случае от консультанта ждут чуда. Такая позиция во многом свойственна людям, столкнувшимся с зависимостью. В любом случае задача консультанта сводится к тому, чтобы поддержать человека и помочь осознать, что качество его жизни зависит от него самого. Кроме того, близким следует знать и помнить, что принудительного лечения не существует, да оно и не может быть эффективным.

Так или иначе, на первичной консультации до игрока или его родственника важно донести следующий объем информации:

- Зависимость это заболевание, а не слабость характера.
- Тем не менее, с ним можно вести полноценную жизнь.
- Для этого необходимы некоторые знания и навыки.
- Желание самого игрока играет важную роль в процессе выздоровления.
- Грамотное поведение близких важно при этом заболевании ничуть не меньше, чем при любом другом.

Мы не будем подробно останавливаться на структуре и техниках консультирования (специальная литература сегодня представлена в достаточной степени на рынке), а в целом опишем структуру первичной консультации, отобразив основные моменты этого процесса.

Консультацию можно разделить на несколько этапов:

1) Формальная часть, знакомство. Как правило, это наиболее короткая и легкая часть консультации, но, тем не менее, очень важная, где собственно консультант выясняет некоторые анкетные данные и устанавливает начальный контакт с игроком.
2) Подробное знакомство с проблемой, сбор информации со слов игрока, выяснение уровня мотивации, прояснение запроса и причин прихода именно сейчас, предыдущего опыта его

обращения за помощью к специалистам, лечения. Эта часть консультации занимает достаточно много времени и характеризуется как правило активным слушанием и уточняющими вопросами консультанта, и соответственно рассказом клиента. В зависимости от собранной информации и выводов, сделанных консультантом, выстраивается дальнейшая структура разговора и расстановка акцентов.

3) Информационная часть консультации, попытка усиления уровня мотивации.
   а) Донесение объективной информации об игровой зависимости – как о заболевании.
   б) Исследование вместе с клиентом наличия симптомов и признаков заболевания в его истории, путем сопоставления фактов, изложенных им с предоставленной информацией.
   в) Информация о способах и возможностях реабилитации.
4) Прояснение состояние клиента в контексте полученной информации и его намерениях. Это часть, как итог консультации, где предоставляется выбор клиенту – принять какое-либо решение.
5) Формальное завершение.

Дополнительно нужно отметить, что в зависимости от степени мотивации игрока, временные отрезки 2, 3 и 4 этапов могут быть разными. Например, при высоком уровне мотивации (когда потери, степень страдания от игры очень высоки) 2 этап консультации, как правило, занимает больший промежуток времени по сравнению с остальными. И, наоборот, при низкой степени мотивации, увеличивается время, посвященное третьему этапу, пункту «б».

Стандартное время консультации – 45-50 минут.

Глава 3. Психологическая помощь при игровой зависимости

3.1. Реабилитационная программа «Вне игры»

Существуют разные взгляды на то, по каким признакам следует классифицировать игроков. На наш взгляд, существует две основные группы игроков: это игроки, для которых игра является развлечением, приятным и не слишком дорогим (соразмерно доходам) проведением времени и проблемные игроки. Поскольку, мы занимаемся психологической реабилитацией зависимых, то по большей части сталкиваемся со второй группой. Далее под словом ИГРОКИ будет подразумеваться именно эта группа людей.

Как правило, игроки приходят на консультацию под давлением тех последствий, к которым привела их игра. Крайне редко человек решает обратиться за помощью или хотя бы получить информацию, если нет долгов или не стоит угроза потери семьи. В подавляющем большинстве случаев дела игрока, пришедшего на консультацию, обстоят весьма печально: долги (кредиты в банках, частные займы и т.д.), разрушенные семьи, потерянные отношения с друзьями и близкими и пр.

Часто задается вопрос – почему же человек становится азартным игроком? Мнений очень много и большинство из них имеют под собой достаточно оснований. Складывается впечатление, что причин, вызывающих игровую зависимость так же много, как и в случае с любой другой зависимостью (алкоголизм, наркомания).

Безусловно, на формирование зависимости влияют множество факторов социального, биологического, психологического и т.д. характера. С научной точки зрения понимание механизма возникновения зависимости, конечно, представляет собой весьма интересный вопрос и может играть ведущую роль в профилактической работе. Увы, для азартного игрока, оказавшегося среди «обломков своей жизни» этот вопрос имеет не много пользы. Поскольку даже если удастся найти и достоверно перечислить все причины, сыгравшие роль в формировании зависимости вообще или у конкретного человека, то, к сожалению, это знание не освобождает от проблемы и актуальность вопроса, что же с этим делать дальше? не становится меньше.

Поскольку основной задачей нашей работы является помочь игроку ***научиться не играть***, то для нас представляются важными другие вопросы. Например:

- Зачем человек играет?
- Какие из своих потребностей игрок пытается удовлетворить в игре?
- Кто на его взгляд руководит его жизнью?
- Как случилось, что в реальной жизни не осталось ничего кроме игры?
- Каким образом ему удается выстроить свою жизнь так, что единственным комфортным местом представляется игровое заведение?
- Зачем и каким образом человеку удается сделать себя несчастным?

В связи с этим одной из главных задач является возможность увидеть и исследовать привычные паттерны поведения игрока с целью их изменения. Одна из основных особенностей, отличающих игроков от остальных зависимых это «жизнь в фантазийном мире». С точки зрения стороннего наблюдателя поражает, как человеку удается поверить в чудо, причем это происходит молниеносно. И игрок, только что намеревавшийся (возможно вполне искренне) погасить часть кредита (взятого на игру), уже идет в игровое заведение в полной уверенности, что именно сегодня ему повезет, и он не только погасит все долги, но и купит новую машину (квартиру, домик в курортном городке и т.д.). И так продолжается из раза в раз, а тем временем проблемы в реальной жизни нарастают лавинообразно и чем больше проблем, тем больше игрок убежден, что игра это «единственный способ решить их». Он надеется выиграть, решить финансовые проблемы, купить близким все то, в чем те давно нуждаются и т.д. В конце концов, к тому времени, когда выигрыш все же случается, его не может хватить на все то что «запланировал» игрок и он продолжает игру. Рано или поздно даже игрок вынужден признать, что играет он не ради денег, а ради игры. Порой он может делать попытки бросить, но потом снова, удивительным образом убедив себя, что именно сегодня... и круг повторяется.

Итак, одна из особенностей азартных игроков это жизнь в вымышленном фантазийном мире, который, безусловно, прекрасней этой «ужасной реальности».

Еще одной особенностью азартных игроков является изобретательность, с которой они находят деньги на игру, причем суммы сильно превышают размеры долгов в случае любой другой зависимости.

Мы исходим из предположения, что игрок сталкивается с чем-то для него непереносимым в своем внутреннем мире. Причем вне зависимости от внешних факторов, которые провоцируют это столкновение, невозможность справиться с внутренними проблемами вызывает дискомфорт и человек начинает уходить от него в состояние азарта и мир фантазий. Игра становится для него своеобразной «анестезией от себя самого». Многие игроки отмечают ощущение «другого мира» за дверью игрового заведения, в котором есть ощущение безопасности и принятия. Фантазии и постоянная активность хороший способ не видеть и не чувствовать ни собственных горестных переживаний, ни разрушения жизни как своей, так и близких. Кроме того, это способ очень быстро изменить свое состояние и от апатии перейти к возбуждению, от мыслей о проблемах в мир фантазий и т.д. Таким образом, можно назвать пристрастие к азартным играм своеобразным «творческим приспособлением», как к внутренней, так и к внешней реальности. Длительность периода, когда такой способ адаптации «помогает», зависит от особенностей личности игрока и часто от поведения близких. Рано или поздно, объем неразрешенных проблем становится настолько велик, что его невозможно не замечать и тогда человек либо ищет помощи, либо погибает.

Помощь игроку начинается с телефонного звонка на «горячую линию». Как строится работа консультанта «горячей линии» уже описано в предыдущей главе. В отличие от информационных телефонов по вопросам химической зависимости, где большинство звонков бывает от близких алкоголиков и наркоманов, по телефону «горячей линии» по проблемам игровой зависимости звонят в равной мере часто, как сами игроки, так их близкие. Возможно, это связано с процессом распространения информации. Данная программа имеет возможность давать информацию о помощи

для игроков непосредственно в игорных заведениях (правда, только одной определенной компании), что увеличивает процент обращений собственно самих страдающих.

После консультации по телефону, человек может записаться на очную консультацию к психологу, на которой проводится «мотивационное интервью» и предоставляется информация о способах и возможностях реабилитации, включая как профессиональную помощь, так и группы самопомощи Анонимные Игроки (АИ). Эти виды помощи взаимно дополняют друг друга. Для того, чтобы присоединиться к сообществу АИ, игроку нужно только его желание прекратить играть. Как все Анонимные сообщества (Алкоголики, Наркоманы и т.д.) Игроки работают, руководствуясь 12 шагами и 12 традициями, третья из которых гласит, что «любой игрок может стать членом сообщества, только имея и высказывая желание не играть».

Посещение групп самопомощи настойчиво рекомендуется сотрудниками программы, поскольку это ни с чем несравнимая для азартного игрока возможность получить поддержку людей, столкнувшихся с той же проблемой, что и он сам. Кроме того, это возможность увидеть игроков, которым удается сохранять чистоту (воздерживаться от игры) в течение нескольких лет, услышать их опыт выздоровления и т.д.

Выздоровление в 12-ти шаговых программах основано на принципах духовного роста, что позволяет человеку измениться не только внешне, но и внутренне. По нашему мнению, группы самопомощи один из наиболее эффективных методов помощи людям, страдающим разными видами зависимости и их близким.

3.2. Программа выздоровления

1. Мы признали, что мы бессильны перед игрой – наша жизнь стала неуправляемой.
2. Пришли к убеждению, что только Сила, более могущественная, чем мы, может вернуть нас к нормальной жизни и нормальному образу мыслей.
3. Приняли решение передать нашу волю и нашу жизнь на попечение этой Силе, как мы ее понимаем.
4. Провели глубокое и бесстрашное исследование самого себя с моральной и финансовой точек зрения.
5. Признали перед самими собой и перед другими людьми истинную природу наших недостатков.
6. Полностью подготовили себя, чтобы избавиться от этих недостатков.
7. Смиренно просили Бога (как мы его понимаем) освободить нас от этих недостатков.
8. Составили список людей, которым мы причинили ущерб, и преисполнились желанием возместить свою вину перед ними.
9. Лично возмещали причиненный этим людям ущерб где только возможно, кроме тех случаев, когда это могло повредить им или кому-либо другому.
10. Продолжали самоанализ и когда допускали ошибки сразу признавали это.
11. Стремились путем молитвы и размышления улучшить наш осознанный контакт с Богом, как мы его понимаем, молясь лишь о знании его воли и о даровании силы ее исполнить.
12. Пытаясь всегда применять эти принципы в своей каждодневной жизни, стараемся донести наше знание до других одержимых игроков.

Тем не менее, группы самопомощи являются важной, но часто недостаточной частью выздоровления, поскольку работа по 12-ти шагам является сугубо добровольным процессом и требует очень высокой мотивации и колоссальной самодисциплины.

В связи с этим мы считаем, что реабилитационная программа, где участник берет на себя определенные обязательства, подписывая соглашение, помогает организовать себя. Кроме того, во время прохождения программы игрокам предоставляется необходимая информация о зависимости, ее возникновении и развитии. Участники имеют возможность получить собственный опыт

понимания и борьбы с проявлениями заболевания в наиболее безопасной обстановке под руководством опытных психологов.

Тренинговые составляющие программы дают возможность приобрести необходимые навыки.

Группа малочисленна (до10 человек) и ее состав постоянен, что дает возможность создания наиболее доверительных отношений, необходимых для серьезной психологической работы.

В силу перечисленных причин мы рекомендуем участникам программы посещение групп самопомощи в свободные от занятий дни и участие в группах АИ после завершения реабилитации.

Кроме этого программа «Вне игры» охотно руководствуется многими принципами и наработками сообщества АИ, высоко оценивая важность и эффективность программы выздоровления «12 шагов». Так, например, сотрудники программы убеждены, что лечение от любого заболевания начинается с признания факта заболевания и степени ее тяжести. На наш взгляд оптимальным для этого – является первый шаг двенадцатишаговой модели выздоровления. ***«Мы признали, что мы бессильны перед игрой – наша жизнь стала неуправляемой».***

Также важно отметить работу по снижению финансового давления, что также является наработкой сообщества АИ.

Очевидна необходимость и таких аспектов как - добровольное желание выздоровления, анонимность, возможность бесплатной начальной реабилитации, групповая поддержка и др.

- Следующий этап помощи игроку, это очная консультация.
- Далее следует реабилитационная программа с посещением групп АИ.
- После завершения программы предполагается, что игрок продолжает посещать группы АИ и имеет возможность индивидуальных бесплатных консультаций у выбранного им психолога программы.
- В перспективе планируется открытие послелечебной программы для выпускников «Вне игры».

Таким образом, как нам кажется, человек может научиться не только выстраивать здоровые связи и разрешать конфликты, но и получать поддержку и самому ее искать

Если человек принимает решение пройти реабилитацию, то с ним подписывается соглашение, в котором оговорены условия, которые являются необходимыми для участия в группе: отказ от употребления ПАВ в течение прохождения программы, ограниченное число пропусков, выполнение заданий и т.д.

Курс программы рассчитан на три месяца. Интенсивность курса – три дня в неделю. Продолжительность занятий – три часа непосредственно с участниками программы (с 20-ти минутным перерывом) плюс один методический час для психологов и консультантов (анализ, подведение итогов, разработка планов, оформление документации). Курс предполагает 90 часов активной работы участников программы.

Содержание занятий – групповая работа.

- знакомство с философией сообщества «АИ», основные принципы и понятия духовной программы выздоровления «12 шагов», профилактика срыва, проработка рецидива (если таковой имеет место), лекционный материал по проблематике в виде мини-лекций в процессе группы, создание и укрепление мотивации на выздоровление. Снижение финансового давления.
- упражнения, тренинги, ролевые игры, направленные на создание и развитие новых навыков, способствующих к адаптации в социальной среде и в межличностных отношениях. Работа, направленная на осознание своих чувств, на осознание своих актуальных потребностей и получения нового опыта удовлетворения их, не разрушающими себя способами.
- динамика группы, групповые процессы – как материал для работы с самооценкой, тревожностью, старыми стереотипами и пересмотра личностной шкалы ценностей участников группы. Работа, направленная на осознание чувств и потребностей, а также способов их удовлетворения, создание и укрепление мотивации на выздоровление.

Реабилитационный процесс строится на нескольких основных предпосылках и принципах.

Осознание проблемы – первый шаг на пути выздоровления. Игрок, осознавая, что его беды - это результат хронического заболевания, ставит перед собой цель: воздержание от игры и процесс выздоровления. При этом, любая изначальная мотивация прохождения программы – это всегда шанс узнать истинные причины нахождения в ней.

Лечебные факторы групповой терапии. Работа в группе позволяет создать модель родительской семьи и научиться участникам тем новым навыкам, которые ему необходимы в реальной жизни. Кроме того, поскольку любая группа является системой, то многие процессы происходят естественным образом и усваиваются довольно легко.

В реабилитационном процессе активно задействованы наработанные навыки участников, их азарт, спонтанность, предприимчивость и т.д. С одной стороны, поддержка того, что уже есть, снижает сопротивление, а с другой, дает возможность не тратить энергию на сдерживание себя, а направлять ее в «мирное русло».

1. Идея «возможности, что-то бросить и жизнь наладится», во многом утопична, поскольку ни для кого не секрет, что в природе не существует пустого пространства. И если человек отказывается от какой-либо важной для себя части, занимающей заметное пространство в жизни, душе, мыслях и т.д., то образовавшийся вакуум не позволяет человеку чувствовать себя, не только счастливым, но часто и просто удовлетворенным жизнью. Большинство алкоголиков, проходивших лечение с помощью кодирования в том, или ином виде, сравнивают свое состояние с тюремным заключением, когда приходиться считать дни до окончания срока заключения. Очевидно, что такое состояние никак нельзя назвать счастливым.

Зачастую, страдающие зависимостью люди, обращаются за помощью под воздействием внешних факторов, не осознавая полный спектр своих проблем. На первичной консультации можно услышать примерно следующее: «Жена сказала, что уйдет, если не пойду лечиться...» или «Партнеры по бизнесу поставили условия...» - т.е., если бы не это, то все у меня нормально. Поэтому, здесь появляется огромный шанс нарваться на сопротивление пациента и бесплодность попыток его сломить. Самое время для применения техники «Мотивационное интервью», которую собственно можно и нужно применять уже на первичной консультации. А именно, избегая сопротивления, по фактам, взвесив «за» и «против», предоставив объективную информацию – дать возможность пациенту самому принимать решение о необходимости выздоровления, или принятия помощи.

Итак, после осознания необходимости прекращения игры, освободившаяся энергия и силы направляются на процесс собственного выздоровления с целью восстановления жизни и возмещение ущерба нанесенного игрой, как окружающим, так и себе. Здесь нужно отметить стратегически важный момент на первом этапе. Необходимо для начала развести по разным углам «болезнь» и «личность», чтобы снизить уровень тревоги, вины и самоуничижения. Важно понимать, что самобичевание и чувство вины зачастую приводят снова в игровое заведение, или иного рода зависимости. Для избежания этого необходимо предоставить игроку, решившему остановиться, достоверную информацию, и уже потом позволить принять ограничение собственных возможностей, принять болезнь в себе, т.е. восстановить целостность личности, после некоего расщепления – на «Я» и «Я-Болезнь». (И для этой цели группа является оптимальной формой работы).

2. Большинство зависимых людей отличаются крайней инфантильностью. И поскольку внутренние проблемы, ведущие к зависимости, своими корнями уходят в детство и связаны со взаимоотношениями в родительской семье, группа воспроизводя модель «здоровой» семьи, дает возможность не только увидеть их, но и «повзрослеть», измениться и найти иные, более конструктивные формы приспособления. Есть все основания полагать, что ранний опыт родительской семьи пациента влияет на природу его опыта в групповой терапии и наполняют его энергией. И. Ялом так пишет об этом: «... Таким образом, семья преследует группу. Групповые события, братское соперничество членов группы, переживающий соперничество, терапевт-родитель и регрессивные фантазии группы, - все это погружает пациента в прошлое, к его детской жизни в семье. Он воспроизводит детские семейные сценарии в группе и, если терапия успешна, получает возможность

экспериментировать с новым поведением, освободиться от замка, приковавшего его к семейной роли. Он заново переживает свое прошлое... ...фактически, пациент изменяет прошлое, воссоздавая его».

Основными функциями здоровой семьи является безопасность и принятие. Это относится как к родителям, так и детям. Безопасное пространство дает возможность быть собой, не опасаясь оценки, позволяя научиться чувствовать границы личности, делать собственный выбор и нести за него ответственность. Те же принципы дают возможность не подавлять, а выражать негативные переживания (страх, гнев и т.д.) адекватным способом. И это одна из важнейших задач, поскольку, неумение выражать их, часто ведет к формированию и развитию аддиктивного поведения.

Кроме того, участник группы имеет возможность увидеть себя со стороны. Многие проблемы и иллюзии участников схожи и то, что очень сложно увидеть в себе, легко заметить в другом человеке, а уже после этого примерить на себя.

3. Что касается уже имеющихся навыков, то пробуждение интереса к собственной личности и выздоровлению, опираясь на азарт, спонтанность и предприимчивость дает возможность активно участвовать в групповом процессе. Это делает работу не только полезной, но и очень увлекательной как для участников, так и для ведущих.

Программа рассчитана на 3 месяца интенсивных занятий.

Тематически ее можно условно разделить на два больших блока:

I. «Я и болезнь»

II. «Я и моя Личность»

Первый блок наполнен информацией о зависимости как заболевании, ее симптомах, факторах риска, приводящих к рецидиву, способах и возможностях реабилитации.

Основной целью данного блока является ***осознавание*** клиентами того факта, что зависимый человек болен хроническим прогрессирующим заболеванием и всегда будет находиться в группе риска. Это позволяет осознанно перейти от бесконечного самообвинения и чувства вины к конструктивному поиску иных форм поведения.

Мы не учим тому, КАК играть умеренно, мы можем помочь научиться, **НЕ ИГРАТЬ**.

В своей работе, мы исходим из того, что природа зависимости имеет био-психо-социо-духовную природу.

И так же это основные сферы жизни человека, в которых происходят разрушения, приносимые болезнью.

В этом разделе преобладает информационный материал с элементами тренинга, т.к. задачей является приобретение навыков по преодолению тяги, избегание и преодоление опасных ситуаций связанных с игрой, умение отслеживать свои чувства и т.д.

Во втором блоке названном «Я и Личность» информационная составляющая касается в основном личности, ее формирования и развития, большое внимание уделяется ***личностным особенностям*** зависимых людей. Больше времени уделяется динамическим, психокоррекционным группам, во время которых участники узнают новое о себе, учатся не только отслеживать, но и выражать ***негативные*** чувства.

Динамически развитие группы можно разделить на несколько этапов.

На первом этапе основной фигурой в группе является «Болезнь». Время посвящается:

1. Пониманию и осознанию того факта, что зависимость – хроническое, прогрессирующее заболевание.
2. Исследованию чувств, которые это вызывает, осознание проблем появившихся в результате прогрессирования заболевания.
3. Этапам развития болезни и увеличению количества потерь в жизни по мере развития заболевания.
4. Кроме тех потерь, которые уже произошли в жизни, участники осознают ценность того, что осталось, но с большой вероятностью было бы утрачено в случае продолжения игры.

5. Отделению «болезни» от личности и морально нравственных аспектов связанных с поступками пациентов во время активных фаз деструктивного поведения (игры)

Известие, что зависимость является заболеванием, а не моральным уродством, в подавляющем большинстве случаев, вызывает удивление.

Осознание факта болезни, позволяется снизить у участников чувство вины, самобичевание, ощущение своей полной никчемности и безнравственности. В группе появляется много энергии для участия в исследовании и усвоении информационного материала. Лекции проходят в интерактивном режиме, часто включают элементы тренинга, и, благодаря азарту, игроки увлеченно изучают как себя, так и друг друга. При этом азарт, как свойственная особенность игрока, направляется и используется в мирных целях!

Следующий этап – обучение и применение способов и навыков справляться с тягой, игровыми стимулами. Понимание недостаточности теоретических знаний и необходимость применения их на практике в реальной жизни, вызывает сопротивление. На этом этапе основная задача программы помочь участникам научиться отслеживать тягу на ранних этапах, видеть и признавать ее, найти приемлемые способы ее преодоления и, применяя их, справляться с основным симптомом своего заболевания.

Феномен тяги представляет собой состояние стремления к предмету зависимости (осознанно или нет). Субъективно тяга характеризуется как непреодолимое желание, влечение, необходимость удовлетворения потребности, схожее с голодом или жаждой. Следует отметить, что данная особенность присуща любому виду зависимости. Эта работа позволяет участникам понять, что наличие у них зависимости не обрекает их на неизбежное продолжение игры, а дает выбор между игрой и выздоровлением.

Тем не менее, регресс возникает, во многом из-за привычного реагирования на тяжелые ситуации, т.е. при столкновении со сложностями, хочется «перестать их видеть», уйти, убежать и т.д. Для подавляющего большинства зависимых, сам предмет зависимости является защитой.

Механизмы психологической защиты обычно направлены на ограждение сознания человека от психотравмирующих воспоминаний и чувств, и служат сохранению личности от разрушения. Однако, они же могут создавать препятствия или внутреннее сопротивление переработке проблемных переживаний личности, получению нового опыта и т.д.

Зависимый человек живет, во многом опираясь на свою болезнь. Зачастую она помогает ему во многих жизненных ситуациях: помогает снять стресс, уйти от напряжения, вызванного фрустрацией и т.д. Болезнь становится его опорой. Он строит свою жизнь, находясь в сильной зависимости от нее. Зависимому человеку, зачастую очень сложно сказать, где проявляется он сам – его личность, а где – болезнь. Такой «перепутанный» человек общается с другими людьми, испытывает негативные воздействия, и он от них защищается. Защищать ему приходится часто не столько свою личность, сколько свою болезнь, которая становится его неотъемлемой частью и часто не воспринимается как болезнь ни самим зависимым человеком, ни его окружением.

Основной особенностью использования психологических защит зависимыми людьми заключается в том, что механизмы, призванные защищать личность по мере развития заболевания все больше и больше защищают болезненную систему «Личность+Зависимость».

На этом этапе лекционный материал включает в себя достаточно сложный, но очень важный материал о защитных механизмах, факторах риска и т.д., что приводит к осознанию, признанию и принятию данного факта. Это позволяет снять сопротивление в группе и дает опыт самонаблюдения и преодоления неконструктивных форм поведения.

Способность осознавать себя в настоящем времени, является одним из основных инструментов выздоровления. Благодаря осознанию, выздоровление становится личным выбором, а не магией. На каждом из этапов участники, сталкиваясь со сложностями, делают свой выбор вернуться к привычным для них способам поведения или выздоравливать, сопротивляться или продолжать работу над собой.

В завершении первого блока «Я и болезнь» рассматривается тема «Этапы выздоровления», в которой описывается динамика, кризисы, сложности, с которыми приходится сталкиваться подавляющему большинству зависимых в своем выздоровлении.

Связующей темой между первым и вторым блоками становится тема «Черты характера, ведущие к зависимости».

Основной фигурой во втором блоке является личность каждого из участников, их взаимоотношения, как внутри группы, так и с внешним миром. Безопасность и принятие на этом этапе особенно важны, поскольку группа, как искусственная модель семьи позволяет участникам не только анализировать свой прежний опыт, но и приобретать новый. В большинстве своем зависимые склонны к инфантильности, что становится одной из причин, вызывающих зависимость и в группе они получают возможность, условно говоря, повзрослеть.

Осознание факта, что заболевание развивалось в течение длительного времени, позволяет игрокам понять, почему лечение не может быть таким быстрым, как хотелось бы. В тоже время знание, что изменение собственной личности это путь, направленный от игрового заведения, дает возможность выбирать между разрушительным поведением и осознанным построением собственной жизни.

После окончания программы участник имеет возможность индивидуальной работы с психологом, которого он выбирает, некоторые из выпускников программы пользуются этой возможностью.

В перспективе кажется целесообразным создание после лечебной группы или второго уровня реабилитации, в котором интенсивность занятий снизится, но работа будет проводиться с более глубокими личностными проблемами.

3.3. Упражнения и домашние задания

Динамические

«Я и Болезнь» «Мое взаимодействие с болезнью»

Цель: Отделение болезни от личности. Исследование взаимоотношений личности с болезнью. Активизировать скрытые отношения с болезнью для анализа и коррекции.

Задание: В парах один из участников играет роль «Болезни», второй «Личности».

Задача «Личности» пройти определенный маршрут. Задача «Болезни», пользуясь разными способами, не позволить это сделать. Потом участники меняются ролями.

В обсуждении:

В какой роли было легче?

Что вызвало трудности?

«Мои умения»

Цель: Повышение и поддержка позитивной энергии. Повышение самооценки. Поиск внутренних ресурсов в способности видеть и говорить о себе в позитивном ключе.

Задание: Каждый из участников пишет на листе бумаги то, что он умеет делать ХОРОШО. Затем по очереди зачитывает вслух, глядя в глаза остальным.

Какие чувства были во время чтения и прямого взгляда на других участников?

Что было наиболее сложным?

«Ценности»

Цель: Это упражнение позволяет осознать и почувствовать иерархию своих ценностей. А так же дает возможность пересмотреть их.

Задание: Упражнение выполняется под медитативную музыку. Провоцирует возникновение глубоких переживаний, поэтому обстановка в группе должна быть предельно безопасной. Большую роль играют интонации ведущего, паузы и собственно текст. Очень важно предупредить участников группы о том, чтобы в списке ценностей не было живых людей и животных.

Перед проведением упражнения, ведущим следует провести его между собой, для осознания понимания глубины возможно переживаемых чувств, возникающих во время упражнения.

Пример текста ведущего:

Сейчас нам предстоит путешествие, оно будет сложное, но возможно в результате этого путешествия вы сможете узнать что-то новое о себе.

Итак. Напишите 5 самых ценных ценностей своей жизни, то на чем держится Ваше личное мироздание.

Положите их таким образом, чтобы самая ценная ценность была в самом низу, а сверху оказалась наименьшая из ценностей.

Постарайтесь не отвлекаться на разговор и внимательно прислушиваться к себе во время упражнения.

Сейчас вы держите в руках 5 самых ценных ценностей своей жизни, то на чем держится ваше личное мироздание, то без чего кажется, невозможно существовать.

Но иногда в жизни случаются события, которые отнимают у нас то, что для нас очень важно. Представьте, что сейчас произошло такое событие, и первая ценность ушла из вашей жизни.

Не успели вы свыкнуться с потерей, как следующее событие отнимает у вас еще одну ценность.

Часто беда не приходит одна, и следующая ценность оставляет вас. Отложите ее в сторону. Почувствуйте, что с вами происходит. Посмотрите на то, что осталось, изменилась ли их ценность, вес.

В жизни часто бывает, так что трагедии следуют одна за другой. И снова происходит НЕЧТО и отнимает у вас следующую, четвертую ценность.

Теперь в ваших руках самая последняя самая ценная ценность, рок неумолим и очередное страшное событие отнимает у вас и это самую последнюю ценность.

Но жизнь полосатая и вот в вашей жизни произошло событие, которое позволило вам, верну одну из утраченных ценностей или приобрести новую. Подумайте, что это будет, не торопитесь.

«Место, где хорошо»

Цель: Исследование потребностей участников. Исследование взаимосвязи потребностей с удовлетворением их в игорных заведениях. Осознание конструктивных форм и способов удовлетворения потребностей.

Задание: Медитативная техника, тест-провокация.

Задача: путем описания безопасного комфортного местонахождения, вызвать ассоциативно-визуальный ряд. Описание приближено к комфортным и соблазнительным условиям игровых заведений (в чем и состоит провокация). Это позволяет осознать, какие потребности игрок пытается удовлетворить, посещая эти заведения и найти возможность удовлетворения этих потребностей в реальной жизни.

Пример текста ведущего:

Закройте глаза, расслабьтесь

Попробуйте отключить посторонние мысли и настройтесь на голос ведущего, который будет Вас сопровождать в некое путешествие...

Представьте, что Вы находитесь ТАМ, ГДЕ Вам

Все знакомо

Вокруг Вас знакомая обстановка

Привычные звуки

Вас здесь знают и ждут

Вам всегда рады

В этом месте, Вы можете быть кем угодно и каким угодно
Вам не нужно думать о проблемах и заботах
Вам здесь интересно
Здесь можно забыть о времени
Возможно, о Вас позаботятся, даже если Вы не просите об этом
ОСМОТРИТЕСЬ
Поймите ГДЕ Вы находитесь
Есть ли вокруг Вас люди
Как долго Вам хочется оставаться здесь
ЗАЧЕМ Вы здесь?
Но время пребывания подходит к концу, Вам нужно возвращаться в круг
Попрощайтесь с этим местом
Хочется ли Вам еще вернуться сюда?
Итак, возвращайтесь в круг, открывайте глаза

ВОПРОСЫ

- Что это за место?
- Есть ли такое место в реальности?
- ЗАЧЕМ Вы там были?
- Поняли ли Вы, в чем нуждаетесь?
- Можно ли эти потребности реализовать в группе? Если ДА, то каким образом?
- Хочется ли сделать что-то прямо сейчас?

«Встать спина к спине»

Цель: Универсальное упражнение для активизации личностных особенностей участников, при взаимодействии друг с другом в трудных условиях.

Задание: В парах, сесть на пол, опираясь на спину партнера. Затем встать, без помощи рук, только опираясь на партнера.

Позволяет увидеть способы взаимодействия с партнером. Повторение упражнения с разными участниками позволит почувствовать различия и степень комфорта между разными участниками.

«Продавец дождя»

Цель: Исследование участниками такого феномена, как «сопротивление». Возможность увидеть и осознать свое и чужое сопротивление чему-либо (например, выздоровлению). А так же в этом упражнении можно продемонстрировать: как предубежденность, заранее принятое решение (без исследования), не позволяет слышать аргументы и видеть возможную пользу предлагаемого.

Задание: В парах, в кругу разыгрывается следующее: один продавец, второй покупатель. Продавец должен уговорить покупателя что-то купить. На первом этапе покупателю дается установка ни в коем случае не соглашаться. На втором этапе установка снимается.

«Знакомство»

Цель: Знакомство, самораскрытие.

Задание: В парах рассказать друг другу по следующему плану:
Кто Я?
Какой Я?
Что Я люблю?
Что Я не люблю?
В каждом определении должно быть не менее 5 вариантов.
Я- женщина...
Я – красивая....

Последним пунктом нужно закончить фразу начинающуюся словами:
Мне кажется, ты думаешь, что я... (умная, глупая и т.д.)
Это должна быть какая-то собственная фантазия о мыслях другого человека.
Собеседник, если хочет, отвечает, т.е. соглашается, или опровергает предположение.

Обсуждение в круге. Примерные вопросы:
Что было сложнее всего?
Что легче?
Хочется ли получить ответ, если он не получен по каким-то причинам?

«Болезнь-сумка»

Цель: Осознание возможности конструктивного сосуществования с болезнью внутри себя и на принятие ее.

Задание: Вначале занятия в центр круга кладутся сумки с длинными ручками, наполненные книгами, бумагой, умеренно тяжелые.

Инструкция:
Сегодня мы хотим вам предложить один эксперимент...
Выберите каждый себе сумку. Разберите их.
Ваша задача не расставаться с этой сумкой до разрешения. Вы можете исследовать что внутри, можете там что-то перекладывать и модифицировать, но вы не можете отложить, поставить на пол или передать кому-то. Каждый держит свою сумку на себе.
Если она по каким-то причинам оказывается без вас - на полу, например, то вы садитесь на пол, спиной в круг, на 15 минут.
В конце занятия проводится аналогия с болезнью.
С ней нельзя расстаться.
К ней можно приспособиться.
Если о ней забыть, она может упасть.
Если узнать что внутри, это можно положить удобней и наоборот.

Любопытно, что участники находят способы помогать друг другу, не нарушая правил.
Например, помочь одеться, подержать куртку, когда идут на перерыв, и в этом много схожести с группами самопомощи.

«Шел, яблоко нашел».

Цель: Разрядка. Запуск механизмов самоанализа. Проективный материал для работы в группе.

Задание: Ведущий предлагает вводные ситуации, участники решают, как они поступают в этих ситуациях и записывают на листке бумаги.

Упражнение, является проективным тестом, в конце которого ведущий дает ключ, а участники могут сами интерпретировать свои ответы.

Примерный текст ведущего:

Вы идете по дороге, и вам на пути встречаются разные предметы:
Яблоко
Ключ (от замка)
Кувшин
Лошадь
Море
Стена
Медведь

Значение:

Яблоко – отношения с противоположным полом.

Ключ (от замка) – отношение к деньгам.

Кувшин – отношение к собственной душе.

Лошадь – отношения с друзьями.

Море – отношение к жизни.

Стена – как человек обходится с жизненными трудностями и препятствиями.

Медведь – отношение к болезням.

Как в любой проективной методике нет нормы, любой из участников может принять интерпретацию или нет.

Рисуночные

«Где живут чувства?» «Акустик»

Цель: Развитие навыков осознания своих чувств. Доступно изложить - важность умения ориентироваться в своих чувствах.

Задание: Человечки. Мир наших чувств.

Человечек — список чувств: злость, восторг, тревога, грусть, одиночество, досада, уверенность, страх, радость, тоска, торжество, паника, горе, удовлетворение, ликование, счастье.

- Есть ли какое-нибудь чувство, которое вы испытываете чаще всего?
- Есть ли чувство, которое для вас кажется незнакомым?
- Возможно, есть чувство, которое не было названо, но для вас оно очень важно. Вы можете отметить его на своем человечке.

Обсуждение:

- Всегда ли вы можете понять, что вы чувствуете? (Если я знаю, что я чувствую, я могу выбирать, что с этим делать.)
- Попробуйте оценить насколько полно вы позволяете себе чувствовать и всегда ли вы знаете, как обойтись с тем или иным чувством?
- Что вы делаете, если чувствуете дискомфорт, но не знаете почему?
- Как вы обходитесь с неприятными чувствами?

«Что случилось в результате?...» «Рисую, вырезаю, рисую...»

Цель: Актуализация и осознание проблемы. Создание и поддержка мотивации разрешения проблемы.

Задание: Нарисовать на листе бумаги себя во взаимодействии с Болезнью (предметом зависимости).

Вырезать ножницами все, что относится к болезни.

Посмотреть, осознать, что осталось, понять, что чувствуете, глядя на остаток рисунка.

Обсуждение в кругу.

Возьмите чистый лист, положите на него остаток рисунка и дополните его, так чтобы ваш образ и образ окружающего мира был восстановлен, уже без болезни.

«Характеристики с рисунками»

Цель: Исследование идентификации участников себя. Переживания соответствия и несоответствия, презентации себя с «реальным» (на данный момент). Активизация и поддержка самораскрытия участников.

Задание: Напишите десять своих основных качеств.

Нарисуйте себя.

В кругу обсудить соответствия написанного с рисунком.

«Рисунок болезни» (общий, индивидуальный)

Цель: Сплочение группы. Исследование взаимоотношений с болезнью отдельного участника и группы, как целого.

Задание: Индивидуальное - нарисуйте свою «болезнь» (без обсуждения с другими участниками).

Общее – нарисуйте сообща группой на большом листе один образ «болезни» на всех (без обсуждения).

«Здесь и сейчас»

Цель: Развитие навыков осознания себя и окружающей реальности в настоящем времени. Плавный вход в группу, активизация состояния «здесь и сейчас» для создания рабочей атмосферы в группе.

Задание: В группе по кругу, или в парах.

Участники должны закончить следующие фразы:

Здесь и сейчас я слышу...

Здесь и сейчас я вижу...

Здесь и сейчас я ощущаю...

Здесь и сейчас я осознаю что...

На каждую фразу должно быть не менее пяти примеров.

«Ощущения»

Цель: Развитие навыков восприятия, осознания своих чувств, ощущений, эмоций и действий. Продемонстрировать последовательность действий и реакций при осознанном реагировании на происходящее.

Задание: В кругу, участников просят закрыть глаза. В руку каждому даются разные по фактуре предметы (кусочек сахара, влажная салфетка, воздушный шарик и т.д.). Затем ведущие просят отследить последовательно:

Свои телесные ощущения.

Мысли, ассоциации, которые возникают в связи с ощущением.

Чувства.

Что хочется сделать.

«Автопортрет»

Цель: Исследование идентификации участников себя. Знакомство. Самораскрытие. Разрядка.

Задание:

Вариант 1.

Ведущие просят участников написать свое имя на листе бумаги. Затем на каждую букву имени придумать и написать прилагательное, характеризующее самого человека.

Обсудить в кругу.

Вариант 2.

На первую букву имени придумать 5 прилагательных характеризующих самого человека.

«Интервью»

Цель: знакомство и сплочение, исследование навыков межличностного общения.

Задание: В парах. Один рассказывает о себе пять фактов, после этого второй участник задает три вопроса, которые ему интересны. Потом меняются ролями. Затем, исходя из полученной информации, каждый из пары представляет своего партнера остальной группе.

«Дорога»

Цель: Исследование идентификации участников себя. Самоактуализация и самоанализ жизненных позиций участников. Поиск, осознание ошибок и ресурсов (в контексте зависимости и не только).

Задание: Нарисовать свою жизнь в виде дороги, таким образом, чтобы там было прошлое, настоящее и будущее и то, чем был наполнен каждый период. Затем обсудить:

- Какие чувства вызывают рисунки?
- Откуда появляется наполнение того или иного периода?
- Если представить, что по дороге не идешь, а едешь, то кто находится за рулем автомобиля?
- Можно ли предсказать какое качество дороги будет впереди?

«Злость»

Цель: исследование обращения участниками со своей злостью. Развитие навыков выражения своей злости. Разрешение злости в группе.

Задание: Из листа А4 сделать свою злость. Расскажите про нее, какая она, есть ли у нее глаза и уши, можно ли с ней договориться и т.д.

Дальше упражнение можно продолжить в зависимости от цели. Для диагностики первого этапа достаточно.

Так же можно дать задание:

1. повзаимодействовать своими фигурками;
2. от имени злости поведать об этом чувстве, рассказав, как она появляется, где живет, как с ней можно договориться и т.д.

Аккуратно свернутая – контролируемая.

Лист рвется – наглая злость.

Лист комкается – стыд за свою злость.

«Никогда - никто и все - всегда»

Цель: Рассмотреть значение «домыслов» и «фактов» в жизни участников. Показать способы автоматического появления «домыслов» и способов перевода их в «факты».

Задание: Напишите примеры «крылатых фраз» со словами: «никогда», «никто», «все», «всегда» и др. По 3-5 вариантов на каждое слово. Зачитайте. Затем участник выбирает по одной фразе на каждое слово, которое ему кажется ближе всего для него – по духу, по принципам и т.д.

«Слепое пятно»

Цель: Разрядка. Знакомство. Сплочение. Самораскрытие. Идентификация себя.

Задание: Участникам выдается по два листа бумаги, один из них крепится на спине, а на втором, каждый пишет: кем он себя представляет в виде - РАСТЕНИЯ, ЖИВОТНОГО, СКАЗОЧНОГО ПЕРСОНАЖА. После чего лист сворачивается и откладывается в сторону. Затем по очереди все участники пишут друг у друга на спинах, в той же последовательности, кем они видят этого человека. После возвращения в круг по очереди каждый читает сначала то, что написано на первом листе, а потом то, что на втором. Обсуждение.

«Чемодан в дорогу»

Цель: Исследование, актуализация и поддержка мотивации участника в дальнейшем выздоровлении. Поиск ресурсов. Переживание расставания. Поддержка позитивного мышления.

Задание: Всем участникам раздаются по 3 листка.

Задание: Написать какие три основные вещи (без которых нельзя обойтись) он возьмет с собой в будущее для поддержки выздоровления.

«Я не такой как все?»

Цель: Принятие собственных ограничений. Исследовать восприятие ограниченности собственных возможностей. Поиск ресурсов. Поддержка позитивного мышления.

Задание: Участники в роли людей с ограниченными возможностями (например, согнув ногу в колене, фиксируют такое положение) помещаются в разные условия:

Прохождение с поддержкой.

Без поддержки.

Наблюдение за участниками без ограничений и отслеживание собственных чувств.

«Игрок, болезнь и Выздоравливающий»

Цель: Объединение, поиск общего, осознавание себя в болезни и выздоровлении.

Задание: Молча, все вместе нарисуйте на большом листе ИГРОКА, БОЛЕЗНЬ, ВЫЗДОРАВЛИВАЮЩЕГО ИГРОКА.

После каждого этапа обсуждение.

ДОМАШНИЕ ЗАДАНИЯ

Выполнение самостоятельной работы (домашние задание) – является важным фактором в процессе реабилитации.

Данная работа поддерживает следующие аспекты необходимые в реабилитационной программе «Вне Игры»:

- развитие навыков самостоятельного самоанализа.
- осознание своего заболевания и осознание своей причастности к проблеме.
- развитие навыков профилактики срыва и разрешения критических ситуаций, связанных с угрозой нарушения чистоты.
- приобщение и поддержание опыта взаимодействия с группами «Анонимных игроков»
- поддержание мотивации и ответственности за свое выздоровление.
- интенсивная поддержка душевно-умственной деятельности, направленной на процесс выздоровления.
- «отделение» своей личности от болезни, с последующим принятием себя и своей болезни, как Целостное.

Задание № 1.1

Опиши десять плюсов и десять минусов игры.

Задание № 1.2

Опиши кризис, приведший в реабилитационную программу.

Задание № 1.3

Опишите историю своей болезни.

Задание № 1.4

Напиши список своих потерь:

1) деньги	2) собственность	3) квалификация
4) работа	5) семья	6) здоровье
7) отношения	8) проблемы с законом/криминальными структурами	

Что осталось? Что ценно?

Задание № 2.1

1. Нарисуй свою болезнь.
2. Ответь письменно на вопросы:
   Какое имя у болезни?
   Чего хочет болезнь от тебя?
   Кто или что поддерживает болезнь?
   Что не любит твоя болезнь?
   Как и чем может соблазнить тебя болезнь?

Задание № 2.2

Опишите прогрессирование своей болезни (10 примеров). Постарайтесь соблюсти последовательность возрастания прогрессии.

Задание № 2.3

1. Перечислите факторы риска, которые Вы - лично встречаете практически ежедневно.
2. Расшифруйте, как Вы понимаете значение фразы - «Выставление границ».
3. Назовите доводы «ЗА» для использования этого метода в процессе выздоровления.
4. Назовите доводы «Против».

Задание № 2.4

1. Перечислите «факторы риска», на которые Вы готовы выставить «границы».
2. Опишите подробно день – как Вы будете проживать его с выставленными «границами».

Задание № 3.1

Нарисуйте и опишите свою тягу к игре.

Задание № 3.2

1. Опишите ситуации, которые, как Вам кажется, мешают вашему выздоровлению.
2. Что вы предпринимали для выхода из них?

Задание № 3.3

Опишите потенциально опасные ситуации, с которыми вы сталкиваетесь в повседневной жизни.

Задание № 4.1

Придумайте 10 эффективных способов саботажа выздоровления.

Задание № 4.2

1. Как я запугиваю себя?
2. Как я лишаю себя того, что для меня хорошо и важно?

Задание № 4.3

1. Каким образом Вы лишаете себя того, что вам дорого и важно?
2. Зачем?

Задание № 5.1

1. Напишите 10 примеров бессилия перед игрой в активной фазе заболевания.
2. Напишите 3 примера бессилия перед игрой, которые проявились в процессе реабилитации.
3. Напишите 3 примера бессилия, проявившиеся за последние три дня.

Задание № 6.1

1. Напишите 10 примеров неуправляемости в активной фазе заболевания.
2. Напишите 10 примеров неуправляемости вашей жизни.

Задание № 7.1

1. Напиши письмо от твоей болезни тебе.
2. Напишите свой ответ на полученное письмо от болезни.

Задание № 8.1

1. Напишите список границ, которые Вы будете соблюдать, для сохранения чистоты.
2. Что конкретно Вы будете делать, чтобы оставаться вне игры.
3. Чего (кого) конкретно Вы будете избегать, чтобы сохранить трезвость.
4. Что конкретно Вы будете делать, если почувствуете, что Ваша чистота под угрозой.
5. Кому и за что Вы благодарны, чему конкретно Вы научились у этого человека.

Задание № (3.4; 4.4; 5.4; 6.4; 7.4)

Сходите на собрание группы сообщества «Анонимные игроки».
Опишите следующее:
- Какие чувства я испытывал перед посещением группы.
- Как я себя чувствовал на группе.
- Какой новый опыт я получил.
- Чем хотелось поделиться на собрании.

ПРОФИЛАКТИКА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ
ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ

ТОМ III

ЛЕЧЕБНАЯ СУБКУЛЬТУРА:
технологии профилактики рецидива
(третичная профилактика)

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

117449, Москва, ул. Шверника, 10-А
тел.: (499) 126-3475, факс: (499) 126-1064
e-mail: nan@nan.ru
www.nan.ru

Тираж 1000 экз. Заказ №12.

Отпечатано в типографии ООО «Фирма П-Центр»
129515, Москва, ул. Ак. Королева, 13