

**ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «ВОЛЯ»
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ИРКУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

Н.П. Баркова, И.Г. Ванкон, И.В. Ярославцева

**ТРЕТИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЗАВИСИМОСТИ
ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

Учебное пособие

**ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «ВОЛЯ»
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ИРКУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

Н.П. Баркова, И.Г. Ванкон, И.В. Ярославцева

**ТРЕТИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЗАВИСИМОСТИ
ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

Учебное пособие

Иркутск 2011

ББК

УДК

Рецензенты:

Третичная профилактика зависимости от психоактивных веществ: Учебное пособие. – Иркутск: Изд-во _____, 2011. – 89 с.

В пособии рассматриваются вопросы проявлений, классификаций, социальных и психобиологических предпосылок зависимости от психоактивных веществ. Представлены основные подходы к профилактике зависимости. Основное внимание уделено третичной профилактике зависимости от психоактивных веществ.

Пособие предназначено для психологов, осуществляющих профилактическую деятельность среди молодежи.

ISBN

© Областное государственное учреждение «Воля»
© Н.П. Баркова, И.Г. Ванкон, И.В. Ярославцева

Оглавление

Введение	4
Глава 1. Психологические аспекты профилактики зависимости от психоактивных веществ	7
1.1. Зависимость: проявления, классификация	7
1.2. Синдромы наркомании	10
1.3. Социальные и психобиологические предпосылки зависимого поведения	
Глава 2. Основные подходы к профилактике зависимости от психоактивных веществ	25
2.1. Общие подходы к профилактике зависимости от психоактивных веществ	25
2.2. Первичная профилактика	28
2.3. Вторичная профилактика	29
2.4. Третичная профилактика	31
Глава 3. Третичная профилактика зависимости от психоактивных веществ и основные ее составляющие	35
3.1. Система реабилитации	35
3.2. Когнитивно-поведенческая модель психотерапии и психокоррекции в условиях реабилитации	40
3.3. Программа «12 Шагов»	46
3.4. Организация психотерапевтической работы в условиях реабилитацион- ного центра	51
3.5. Терапевтические механизмы групп анонимных алкоголиков и аноним- ных наркоманов	63
3.6. Психотерапевтическая работа с созависимыми семьями	77
Список литературы	88

ВВЕДЕНИЕ

**Тот человек не свободен,
Кто сам себе не хозяин**
Эпиктет, римский философ

Каждый из нас несет ответственность за свое будущее и будущее других. Однако сегодня не все готовы исполнить этот долг. Вследствие этого возникают различные саморазрушающие состояния, влекущие деструктивное поведение и болезни, - социально-негативные явления.

Социально-негативные явления – это та злокачественная опухоль нашего общества, которая, разрастаясь, поглощает живое, оставляя после себя исковерканные судьбы, сломанные жизни, болезни и смерть. Поэтому проблемы профилактики и коррекции, а также реабилитации лиц с социально-негативными явлениями стоят в одном ряду с проблемами охраны природы и окружающей среды.

Социально-негативные явления – что это?

Это неблагоприятные состояния (напряженность, утомление, высокая тревожность, пассивность, страх, паника и др.), болезни (неврозы, алкоголизм, наркомания, психические и соматические заболевания, СПИД и др.), поведенческие девиации (антидисциплинарные, асоциальные – бродяжничество, суициды, делинквентные – насилия, убийства, вандализм), оказывающие деструктивное влияние на организм и личность молодого человека, и способствующие его социальной и биологической дезадаптации. Спектр проявлений социально-негативных явлений очень разнообразен и уровень их распространения растет.

Самым распространенным видом социально-негативных явлений являются зависимые формы поведения, а среди них - зависимости от психоак-

тивных веществ. В конце 20 и начале 21 веков злоупотребление наркотиками и другими психоактивными веществами приняло характер эпидемии. Согласно данным НИИ наркологии около двух процентов всего населения России сегодня употребляет наркотические вещества. По данным ВОЗ число людей с заболеваниями, вызванными приемом наркотических веществ (ВИЧ-инфекция, гепатит, венерические болезни и др.), составляет более 500 млн. человек. Смертность среди наркоманов из-за передозировки, соматических осложнений, самоубийств в 20 раз выше, чем среди населения в целом. Большинство больных наркоманией – это лица в возрасте пятнадцати-двадцати пяти лет. При этом наркомания молодеет, средний возраст начала приобщения к наркотикам снизился до двенадцати лет. Наблюдается высокий рост преступлений, связанных с продажей и изготовлением наркотиков, а также совершаемых под их воздействием.

В связи с этим возникают вопросы: «Почему многие молодые люди стремятся уйти от тягот реальной жизни путем искусственного изменения психического состояния?»; «Почему сообщество молодежи само себя истребляет?»; «Почему основной базисный механизм общественного развития – человеческий, регрессирует в его психической и психологической составляющих, в здоровье молодого поколения?».

Одним из ответов на вопросы может быть следующий: низкий уровень мотивации здоровья, отсутствие знаний о здоровье влечет несформированность навыков здорового поведения и здорового образа жизни – с одной стороны, недостаточность современных социально-адаптивных стратегий у взрослой части населения – родителей, педагогов, психологов не позволяет им оказывать результативное воспитательное воздействие, психологическую и социальную поддержку современной молодежи, с другой стороны.

Личностная незрелость несовершеннолетних, кризисность подросткового возраста, несформированность навыков здорового поведения и здорового образа жизни у молодежи влекут неопределенность жизненных позиций, восприимчивость к негативным влияниям среды, трудности в семейно-

бытовой и профессиональной сферах, несоответствие поведения нормам и требованиям общества и, в итоге, зависимость от психоактивных веществ. Поэтому делать ставку на самостоятельный выбор молодежью путей совершенствования наивно, и сегодня безосновательно.

Профессионалы, работающие с молодежью, должны обучать их позитивным формам поведения, воспитывать в них стрессоустойчивость, самостоятельность и ответственность за собственную жизнь. Основной акцент профессионал должен делать на методологии формирования у подрастающего поколения ценностей здоровья и потребности в личностном развитии и здоровом образе жизни.

Сегодня вопросы прогнозирования и моделирования путей развития и здоровьесбережения молодежи являются центральными в проблеме профилактики зависимых форм поведения.

Первые рекомендации по профилактике наркомании и алкоголизма у молодежи в отечественной литературе относятся к концу XIX - началу XX века. В них рекомендовалось перенять опыт Финляндии в виде уроков трезвости, при этом особо подчеркивалось, что труд учителей и других земских работников по пропаганде трезвости должен вознаграждаться. В России серьезных научных разработок профилактического антинаркотического направления до последних лет не проводилось, в то время как в странах Запада профилактика стала одним из наиболее актуальных и востребованных направлений. Обобщение мирового опыта профилактики наркотизации позволяет выделить шесть основных подходов: информационный, обучение управлению эмоциями, поведенческий (обучение противостоянию давлению), формирование жизненных навыков, обучение альтернативной наркотикам деятельности, укрепление здоровья.

Стратегии профилактики наркомании и ассоциированных с ней заболеваний, включая ВИЧ-инфекцию, определяются теми концепциями, которые закладываются в основу понимания наркомании как медико-социального яв-

ления. Для организации системы профилактики наркомании и других зависимостей важно понимание причин и условий их формирования.

Настоящее пособие поможет разобраться в проблеме зависимости от психоактивных веществ как явления, узнать особенности ее протекания и выявления. В пособии изложены основные подходы к организации третичной профилактики наркомании в молодежной среде.

Глава 1. Психологические аспекты профилактики зависимости от психоактивных веществ

1.1. Зависимость: проявления, классификация

Проблема зависимостей сегодня остра и злободневна в связи с их распространенностью и трудностью преодоления. В словаре русского языка С.И.Ожегова *ЗАВИСИМОСТЬ* толкуется как «Подчиненность другим, чужой воле, чужой власти при отсутствии самостоятельности, свободы» [20, с. 184]. В широком смысле зависимость - это устремление на кого-то или что-то для получения удовлетворения или адаптации. Психологический механизм зависимостей выступает в стремлении ухода от реальной жизни путем искусственного изменения психического состояния посредством приема психоактивных веществ (ПАВ) или занятий определенным видом деятельности с целью поддержания интенсивных эмоций.

Нельзя абсолютизировать негативный характер зависимостей вообще. Природная сущность человека ставит его в зависимость от пищи, воды, воздуха, других людей. Этот класс зависимостей составляют физиологические потребности и потребности в принадлежности, любви, уважении (Симонов П., Маслоу А.), они составляют основу жизнедеятельности человека, его личностного и профессионального становления. Однако чрезмерные зависимости имеют деструктивную сущность и влекут зависимое поведение.

В науке и практике, помимо понятия «зависимость», распространено понятие «аддикция». В переводе с английского «addiction» - пагубная страсть, привычка. Исторический анализ происхождения понятия «addiction» обнаруживает его латинские корни. В переводе с латинского языка «аддикт» - это тот, кто связан долгами, приговорен к рабству за долги. Понятия «зависимость» и «аддикция» синонимичны и определяют по сути одни и те же явления.

Форм зависимостей (аддикций) множество, Коринн Свит они систематизированы в зависимости от их источника – химического и нехимического.

Химическая зависимость (аддикция) – наркомания и токсикомания.

Официально Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) для определения состояний использует термин – «лекарственная зависимость». Лекарственная зависимость (ВОЗ) – это психическое, а иногда также физическое состояние, характеризующееся определенными поведенческими реакциями, которые включают настоятельную потребность в постоянном или периодически возобновляемом приеме определенного средства для того, чтобы избежать неприятных симптомов, обусловленных прекращением приема этого средства».

Химическая аддикция имеет «тяжелые» и «легкие» формы проявлений. К первым относят наркоманию и токсикоманию, характеризующиеся специфическими синдромальными проявлениями на психологическом и физическом уровнях организма. Во второй группе рассматривают поведенческие паттерны, при которых физическая зависимость отсутствует, есть только психологическое влечение к психоактивному веществу (потребность в дозе алкоголя, никотина). Поэтому их попустительски называют вредными привычками и часто не уделяют им должного внимания. В результате отсутствия медико-психолого-социального воздействия есть высокий риск перехода зависимости на физический уровень организма и формирования тяжелой формы химической зависимости.

Психоактивное вещество (ПАВ) – вещество, которое оказывает наркотическое воздействие на организм. Выделяют наркотики и вещества, официально не причисленные к наркотикам: алкоголь, никотин, кофеин, ряд средств лекарственной и бытовой химии.

Наркотик (греч. *narkoticos* - одурманивающий) – вещество, которое вследствие социальной опасности официально признано таковым из-за его способности при однократном употреблении вызывать комфортное психиче-

ское состояние, а при систематическом – психическую и физическую зависимость - наркоманию.

Наркотики различаются в зависимости от источника происхождения и способа применения.

В зависимости от источника происхождения выделяют следующие наркотики:

- 1) яды растительного происхождения, используемые в чистом виде (марихуана, гашиш, получаемые из индийской конопли; грибы);
- 2) ядовитые вещества растительного происхождения, подвергаемые химической переработке (гашишное масло, опий, морфин, героин, кодеин, кокаин, крэк);
- 3) синтетические (искусственные) соединения («экстази», ЛСД и др.).

В зависимости от способа применения различают:

- 1) наркотики для курения - препараты из конопли (марихуана, анаша, гашиш);
- 2) наркотики для приёма через рот (таблетки «экстази»);
- 3) наркотики для внутримышечного и внутривенного введения (героин); 4) наркотики для вдыхания через нос (кокаин).

Зависимость от ПАВ, официально отнесенных к наркотикам, называют наркоманией.

Зависимость от ПАВ, официально не отнесенных к наркотикам, называют токсикоманией. Виды токсикомании: алкоголизм (в том числе пивной), никотиномания (табакокурение), лекарствомания, зависимость от средств бытовой и промышленной химии (летучих растворителей, паров бензина и др.).

Нехимическая зависимость, называемая эмоциональной, выражается в *азартном поведении*, при котором побуждение к деятельности становится витальным, как сильный голод или жажда, и овладевает человеком полностью.

В первой российской классификации нехимических аддикций Ц.П. Короленко выделил азартные игры (гемблинг), работоголизм, аддикции отношений, сексуальные и любовные аддикции, аддикции избегания, аддикции к трате денег и др. Ц.П.Короленко рассматривал промежуточные аддикции (например, аддикции к еде - переедание и голодание). Сегодня описаны другие нехимические аддикции: компьютерные зависимости (Войскунский А.Е., Иванов М.С., Мунтян П.), аддикция упражнений (спортивная аддикция) (Murphy M.N., Griffiths M.D), духовный поиск (Постнов В.В., Дереча В.А.), синдром Тоада, или зависимость от «веселого автовождения» (McBride), религиозный, политический, спортивный, национальный фанатизм (Менделевич В.Д.).

Основной мотив личности, склонной к аддикции - изменение неудовлетворяющего психического состояния, которое рассматривается человеком как «серое», «скучное», «монотонное», «апатичное».

Каждый из нас когда-либо переживал состояние неудовлетворенности и безразличия, испытывал острое желание его изменить. Для его исполнения обычный здоровый человек использует конструктивные поведенческие стратегии, избегая формирования аддикций. Когда мотив стремления ухода от реальности превалирует в сознании над другими, подчиняя мысли, желания и поведение, возникает высокая вероятность формирования зависимостей.

Основные концептуальные модели зависимого поведения

К объяснению сущности (зависимого) аддиктивного поведения есть несколько подходов (моделей): моральная модель, модель болезни, симптоматическая и психоаналитическая модели, системно-личностная модель, био-психо-социальная модель.

Моральная модель основывается на религиозных (православие, протестантство, ислам, ислам, буддизм, конфуцианство, йога) представлениях о пагубных привычках как о проявлениях греховности. Модель Болезни рассматривает аддиктивное поведение как болезнь, требующую лечения. В

симптоматической модели аддиктивное поведение выступает результатом научения и воздействие направлено на симптом-привычку. Психоаналитическая модель в эпицентре аддикций рассматривает нарушение личностной динамики. В фокусе системно-личностной модели аддикции находятся нарушения значимых отношений человека с социумом (межличностных, производственных, семейных). Сегодня распространение приобрела био-психосоциальная модель аддиктивного поведения, рассматривающая в качестве механизма его развития нарушения в сложной системе «организм-личность-социум».

Существование различных моделей аддикций говорит об их сложности и многоаспектности, а также показывает острую необходимость консолидации усилий различных специалистов для решения острых проблем аддиктивного поведения.

Этапы становления зависимости

Как любое другое социально-негативное явление зависимые (аддиктивные) тенденции возникают не сразу, а формируются постепенно, имеют разную этиологию, динамику, прогноз и последствия для организма человека и его личностного становления. Понимание закономерностей и особенностей становления зависимости поможет окружающим увидеть ее картину и оказать своевременную помощь нуждающемуся в ней.

Первый этап

ВЫ не контролируете ЭТО, ЭТО контролирует ВАС (К. Свит).

ВЫ поступаете так, как требует ЭТО (К. Свит).

Это формулы **первого этапа** развития аддикций и прокомментировать их можно так: определенные действия вызывают внутренний подъем, будят активность, изменяют неблагоприятное психическое состояние на позитивное. Человек воспринимает эти действия в качестве орудия противостояния скуке, апатии, неудовлетворенности и в неблагоприятных ситуациях прибегает к ним как к спасательному средству.

Второй этап

Этот этап подпадает под следующие формулы (К. Свит).

ВЫ делаете ЭТО все чаще, стараетесь получить сильный эффект.

ВЫ делаете ЭТО регулярно, когда предчувствуете скуку, одиночество, боль.

На **втором этапе** становления аддикций увеличивается частота аддиктивных тенденций, они становятся привычными в трудных жизненных ситуациях, формируется «аддиктивный ритм».

Третий этап

ВЫ чувствуете, что уже не можете справиться с жизненными проблемами без ЭТОГО - пишет К. Свит.

Это формула **третьего этапа**. Аддикция становится центральным целостным личностным образованием и подчиняет себе все поведение человека, поведение не поддается критике, а аддикт становится невосприимчивым к позитивным средовым влияниям.

Четвертый этап

Формулы, вскрывающие развитие этапа следующие (К. Свит):

ВЫ сражаетесь с ЭТИМ, часто безуспешно.

ВЫ тратите на ЭТО энергию души, деньги, время.

Аддикция полностью овладевает человеком, межличностные отношения рвутся, аддикт живет в своем иллюзорном искусственно искаженном мире.

Пятый этап

ВЫ ненавидите СЕБЯ, теряете самоуважение, возникает угроза потери семьи, карьеры, друзей, здоровья. **МНОГИХ ЭТО УБИВАЕТ!** (К. Свит).

Этап необратим, завершается болезнями и часто летальным исходом, лишь в редких случаях человеку удастся вернуться к нормальной жизни.

Признаки зависимой личности

В литературе выделены и описаны признаки, свойственные всем Зависимым личностям:

1. Устойчивое стремление личности к изменению своего состояния.

2. Непрерывность процесса становления аддикции. Продолжительность стадий зависит от личностных особенностей человека, социальной среды, источника (объекта) зависимости.

3. Цикличность аддиктивного поведения в виде наличия определенных фаз:

фазы напряжения и активного поиска объекта зависимости, абстинентного состояния при невозможности удовлетворения потребности,

фазы облегчения и расслабления при получении объекта,

фазы относительного покоя (ремиссии).

4. Личностные изменения, детерминирующие социальную дезадаптацию (Короленко, Донских, 1990):

сниженная переносимость трудностей повседневной жизни наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций;

скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявляемым превосходством;

внешняя социабельность в сочетании со страхом перед стойкими эмоциональными контактами;

стремление говорить неправду;

стремление обвинять других, зная, что они не виноваты;

стремление уходить от ответственности в принятии решений;

стереотипность поведения;

зависимость и тревожность.

В тяжелых случаях наркомании и токсикомании развиваются болезни, наступает летальный исход.

Важным выступает видение сложного механизма развития человека, понимание причин и предпосылок наблюдаемых феноменов для определения прогнозов возможных вариантов приспособления к жизни каждого человека в отдельности.

Последствия хронической наркотизации различны, грубы, деструктивно воздействуют на организм [23]. Распространенными нарушениями выступают интеллектуально-мнестические расстройства, проявляющиеся в грубых расстройствах памяти и интеллекта, личностные расстройства в виде снижения психической активности, ограничения интересов и обеднения мотивационной сферы, упрощения побуждений, обеднения эмоциональной сферы, тревоги, депрессии.

Психопатизация выступает частым спутником наркомании и состоит в психопатическом состоянии (патология личности), возникающем на фоне органических мозговых или хронических соматических заболеваний. Свойственны острые психозы, состоящие в нарушениях психической деятельности в виде галлюцинаций, бреда, не критичности и неспособности произвольно руководить собой.

Нарушения неврологического статуса проявляется в истощении организма, выраженных трофических расстройствах. При поражении мозга развиваются парезы и параличи чаще нижних конечностей.

Общеорганизменные расстройства у наркоманов проявляются многоуровневым нарушением нейрорегуляции и иммунной защиты (клеточного и гуморального иммунитета). Расстройства желудочно-кишечного тракта диагностируются у опиоманов, барбитуроманов, органов дыхания — у гашишистов и барбитуроманов. У полинаркоманов часты поражения печени. При многих формах наркомании отмечается слабость миокарда с повышенной вероятностью к инфаркту. Часты такие страшные болезни как гепатит Б, СПИД, заражение крови и др.

Внешний облик отличается своими особенностями: бледность, утрата тургора кожи, блеска глаз, ногтей, волос, расслоение ногтей, выпадение волос, похудение, выпадение зубов. При злоупотреблении опиатами кожа приобретает желтоватый оттенок, сходный с тем, который бывает при обезвоживании, наблюдается более темная желтизна, напоминающая старческую пиг-

ментацию с локализацией в местах введения наркотика. Выглядят наркоманы намного старше своего паспортного возраста.

1.2. Синдромы наркомании

Синдром – это сочетание симптомов, характерных для какого-либо заболевания. Клинико-психологический синдром состоит в закономерно возникающем сочетании симптомов нарушения познавательных процессов и личности, в основе которого лежит вызванная болезненным процессом недостаточность объединяющего звена в системно-структурном строении психики.

Для всех форм наркоманий, наряду со специфическими, свойственны общие диагностически значимые симптомы. Закономерное сочетание этих симптомов составляет наркоманический синдром. Наркоманический синдром составляют три синдрома [23]:

1. Синдром изменения реактивности организма к действию данного наркотика
2. Синдром психической зависимости (обсессивное влечение, психический комфорт в интоксикации).
3. Синдром физической зависимости (компульсивное влечение, потеря контроля над дозой, абстинентный синдром, физический комфорт в интоксикации).

В зависимости от формы наркомании синдромы варьируют и в развитии болезни возникают не одновременно. Первыми формируются синдромы измененной реактивности и синдром психической зависимости, на фоне их развития возникает синдром физической зависимости.

Синдром измененной реактивности

Изменение реактивности проявляется в комфортном психическом и физическом состоянии при постоянном приеме наркотика.

Описаны следующие признаки синдрома: изменение формы потребления; изменение толерантности; исчезновение защитных реакций при передозировке; изменение формы опьянения [23].

1. Изменение формы потребления. Примером могут быть случаи употребления снотворного препарата с целью нормализации сна (экстази для повышения настроения), что позже приводит к его употреблению для достижения состояния опьянения.

2. Изменение толерантности. В одном из пониманий, толерантность – это способность организма переносить неблагоприятное влияние того или иного фактора среды, в случае наркомании толерантность - это способность организма переносить воздействие определенных доз наркотика. Толерантность развивается при переходе к регулярному приему наркотического вещества. С развитием болезни переносимость наркотика возрастает, привычная доза перестает вызывать желаемый эффект (эйфорию), требуется большое количество наркотика, может наблюдаться потребность в нескольких наркотических препаратах (полинаркомания).

Организм наркомана приспособливается к смертельным для здорового человека дозам наркотика. Возрастание толерантности, ее стабилизация на высоком уровне, а затем снижение относят к осевым симптомам наркомании.

3. Защитные реакции являются ответным сигналом организма в ответ на действие наркотического вещества. Защитные реакции проявляются в форме рвотного рефлекса (под воздействием алкоголя), инициального зуда (вызывают опиаты), профузного пота, икоты, слюнотечения, рези в глазах, чувства дурноты, тошноты. Уменьшение и исчезновение защитных реакций говорит о новом уровне реагирования организма, который характеризуется тем, что высокие дозы наркотика, в результате приспособления к ним, нетоксичны для организма. Исчезновение защитных реакций наблюдается вскоре после начала регулярной наркотизации и говорит о повышении переносимости наркотика..

4. Изменение формы опьянения – это симптом систематического приема наркотика, он проявляется на фоне высокой толерантности и исчезновения защитные реакции на передозировку. Симптом проявляется в извращении эффекта опьянения (снотворные вызывают возбуждение, транквилизаторы не оказывают седативного эффекта, кодеин не подавляет кашля и др.). Повышение дозы не дает ожидаемого эффекта и может повлечь соматические осложнения.

Синдром измененной реактивности меняется в течение болезни, поскольку меняются его составляющие симптомы: форма потребления, толерантность, форма опьянения. Динамика синдрома отражает развитие процесса наркоманической зависимости.

Синдром психической зависимости

Синдром психической зависимости заключается в психическом (обсессивном) влечении к наркотику и способности достижения психического комфорта в интоксикации. При этом влечение к наркотику неспецифично, что проявляется в смене формы наркотизма.

Психическое влечение выражено в постоянных мыслях о наркотике, подъеме настроения в предвкушении его приема, подавленности, неудовлетворенности в отсутствие наркотика. Борьба мотивов – частый спутник влечения. Сочетание с навязчивостью мыслей о наркотике дает основание рассматривать психическое влечение обсессивным [21], определяющим настроение и эмоциональный фон больного. Течение обсессивного влечения волнообразное. Оно выражено при эмоциональном неблагополучии, воспоминаниях и разговорах о наркотиках, встречах с товарищами, злоупотребляющими ПАВ, и не проявляется в привычном ритме наркотизации, при его нарушении в конфликте, в случаях госпитализации, а также подавления другими сильными увлечениями.

Обсессивное влечение является одним из первых и трудноустраняемых симптомов. С развитием болезни психическое влечение заслоняется

такими симптомами, как компульсивное влечение (определяет поведение), абстинентный синдром (состояние психологических и физических нарушений, которые развиваются после резкого прекращения употребления наркотического вещества). В ремиссии обсессивное влечение актуализируется и снижает эффективность лечебного процесса, влечет рецидив.

Суть симптома **способности достижения психического комфорта в интоксикации** выражена в цитате: «Состояние психического комфорта при интоксикации для наркомана означает не только уход от дискомфорта трезвости, но и восстановление психических функций. Наркотик становится необходимым условием благополучного психического существования и функционирования» [28, с.30].

Синдром физической зависимости

Синдром физической зависимости охватывает физическое (компульсивное) влечение, способность достигать состояния физического комфорта в интоксикации и абстинентный синдром.

Физическое (компульсивное) влечение состоит в неодолимом влечении к наркотизации, вытесняющем даже такие витальные влечения, как голод и жажду. Механизм такого влияния состоит в подчинении сознания человека непреодолимой потребности, вытесняющей все другие, не связанные с наркотизацией желания. Компульсивное влечение определяет поведение, снимает контроль поступков и действий, направленных на поиск наркотика. Влечению характерны вегетативные проявления: расширение зрачков, гипергидроз, сухость во рту, гиперрефлексия, тремор. И.Н.Пятницкая описывает три вида компульсивного влечения: влечение, возникающее вне интоксикации; влечение, входящее в структуру абстинентного синдрома; влечение, возникающее при опьянении [1994].

Способность достижения состояния физического комфорта при интоксикации детерминирована тем, что постепенно наркотики вытесняют вещества, производные самим организмом, и начинают выполнять их функ-

ции. Наркотик включается в биохимические процессы и организм зависимого человека уже не может функционировать без него, наркотик воспринимается как жизненная необходимость. Вне наркотизации у больного плохое самочувствие, снижена психическая активность. Состояние сопровождается влечением к наркотику, т.к. он вызывает психический, и физический комфорт.

При отсутствии наркотиков начинается **абстинентный синдром**, или «ломка». Время возникновения абстинентного синдрома различно и определяется формой зависимости - от нескольких часов при алкоголизме до 20-24 часов при опиомании и гашишизме. Время формирования абстинентного синдрома также определяется формой зависимости: при алкоголизме синдром формируется медленно, при гашишизме и злоупотреблении снотворными и стимуляторами - скоро, самый краткий срок формирования абстинентного синдрома зафиксирован при опиоманиях.

Симптомы абстинентного синдрома – психопатологические, вегетативные, соматоневрологические. Их удельный вес определяется формой наркомании.

Наличие абстинентного синдрома является показателем сформировавшейся физической зависимости от наркотика для относительно нормального функционирования организма теперь уже на качественно ином уровне. В организме в отсутствие наркотика («вне интоксикации») развивается компульсивное влечение.

Таким образом, наркомания представляет сложное образование. Сущность болезни составляют три синдрома: измененной реактивности, психической и физической зависимости, объединенные в большой наркоманический синдром. В процессе болезни структурные элементы наркоманического синдрома развиваются последовательно.

1.2. Социальные и психобиологические предпосылки зависимого поведения

Предпосылки (детерминанты) снижают стрессоустойчивость личности и затрудняют процесс социализации человека, создавая основу для формирования поведенческих стереотипов и определяя развитие социально-негативного поведения. К таким предпосылкам относят социальные и психобиологические факторы.

Социальные факторы

К социальным факторам относят:

1. Технический прогресс в области фармацевтической промышленности, в результате чего становятся доступными психоактивные вещества. Известно, что лекарственная зависимость пришла из медицины. Сначала появились опиаты как оглушающее средство при болевом синдроме, барбитураты в качестве снотворных, позже - анальгетики и психостимуляторы, транквилизаторы, галлюциногены. По оценкам специалистов, в настоящее время лекарственная зависимость в России охватывает 30 млн. человек.

2. Наркотерроризм. Наркотерроризм - это действия, при которых либо сами наркотики используются как предмет преступления (например, отравление психотропным веществом системы водоснабжения населенного пункта), либо материальные ценности, вырученные от наркобизнеса, вкладываются на совершение иного преступления (например, оплату взрыва в месте большого скопления людей).

Террористы нуждаются в стабильном источнике средств для своих операций и продажа наркотиков - один из таких важных источников. Покупая очередную дозу, наркоман в буквальном смысле финансирует международный терроризм. В Российской Федерации реальное число злоупотребляющих наркотиками выросло почти в 100 раз. При этом за последние 15 лет масштабы наркомании во многих странах Западной Европы и Америки значительно снизились. Поставки различных наркотиков идут в Россию из Азербайджана и Украины, главным поставщиком является Афганистан.

По данным специалистов, сейчас в мире действует более 500 террористических организаций и групп. За последние 10 лет ими совершено более 6 тысяч актов терроризма, в результате которых погибли и получили ранения более 25 тысяч человек. Особую тревогу вызывает тот факт, что в последнее время объектом террористических атак становятся места массового скопления граждан: площади, школы, торговые центры, вокзалы, аэропорты.

3. Семья. Здесь значимым выступает связь поведения родителей с аддикциями у детей. Материнская депривация, воспитание по типу «Неприятие», «Тепличное воспитание», воспитание в криминогенной семье и др. оказывают психотравмирующее влияние на ребенка и в будущем такие дети имеют больший риск стать зависимыми.

Описано 4 типа семей, формирующих будущего аддикта:

1) травмирующая семья, в которой ребенок может идентифицироваться либо с агрессором, либо с жертвой, испытывая чувства стыда и беспомощности, а в последствии избавляется от этих переживаний с помощью ПАВ;

2) навязчивая семья, возлагающая собственные грандиозные ожидания на ребенка, который впоследствии компенсирует свою фальшивую идентификацию с помощью ПАВ;

3) лживая семья, в которой ребенок утрачивает чувство реальности собственной личности, испытывает стыд, отчуждение и деперсонализацию, а позже компенсирует эти чувства с помощью ПАВ;

4) непоследовательная семья, когда воспитательные подходы родителей различаются и меняются на ходу.

4. Средства массовой информации, посредством которых ребенок наблюдает порнографические сцены, сцены насилия, рекламу алкоголя, наркотиков, табака и др., оказывают негативное влияние, разрушающее психику или воспитывающее вседозволенность.

5. Образовательные институты, в которых программы и подходы зачастую направлены не на выработку социально адаптивных форм поведения, а, наоборот, дезадаптируют школьников.

6. Кризис в обществе, проявляющийся в безработице, снижении уровня жизни, межнациональных конфликтах, неуверенности в завтрашнем дне, высоком уровне заболеваемости и смертности, беспризорности, бездуховности и обнищании масс.

Психобиологические факторы

1. Кризисные проявления подросткового возраста, обуславливающие трудности подростка: *физические особенности* (акселерация и инфантилизм); *психологические особенности* подросткового возраста (реакции эмансипации, группирования, хобби и др.) – «подростковый комплекс» или «пубертатный криз».
2. Характерологические особенности (АХ) и личностные проявления (низкая самооценка, неуверенность, чувство собственной неполноценности).
3. Нервно-психические расстройства (депрессии, психозы, неврозы).
4. Отставание в психическом развитии (олигофрения, ЗПР).
5. Физические недостатки, которые негативно проявляют себя через систему межличностных отношений.
6. Извращенные или гипертрофированные биологические потребности, расстройства, обусловленные формирующимися сексуальными влечениями: сексуальные девиации, агрессивность.

Глава 2. Основные подходы к профилактике зависимости от психоактивных веществ

2.1. Общие профилактические подходы

Концепция профилактики наркоманий среди детей, подростков и молодёжи базируется на следующих понятиях:

- превентивного пространства;
- преодолевающего поведения;
- реабилитационного пространства.

Понятие *превентивного пространства* включает в себя понимание того, что первичная, вторичная и третичная профилактика наркоманий являются компонентами единой профилактической цепи и не могут рассматриваться изолированно друг от друга. Разделение контингентов здоровых, групп риска и злоупотребляющих психоактивные вещества (ПАВ) на практике достаточно условно.

Профилактика употребления психоактивных веществ (ПАВ) не может рассматриваться изолированно от профилактики других нарушенных форм поведения, так как наркотизация является лишь одним из проявлений единого комплекса психосоциальной дезадаптации, представляющего собой широкий спектр поведения риска.

Поведение риска или отклоняющееся поведение является результатом неадекватных, дезадаптивных поведенческих форм, проявляющихся в детском, подростковом и юношеском возрасте, с целью самоактуализации личности, поиска независимости, социальной и психологической поддержки, отстаивания персонального пространства и личностных границ, удовлетворения потребности включения в референтную группу сверстников и т.д. В связи с этим профилактика должна предусматривать, прежде всего, систему развития здоровых, адаптивных форм поведения, направленных на решение

возрастных психологических и социальных задач. В основе профилактики должно лежать не пресечение основных направлений развития ребёнка и подростка, а изменение его поведения на более эффективную форму, выработку здорового поведенческого и жизненного стиля.

Понятие *преодолевающего поведения* включает в себя понимание того, что поведение человека, его жизненный стиль являются результатом формирующего взаимодействия ресурсов личности и социальной среды, с требованиями которой личность пытается справиться. В связи с этим профилактика, ставящая целью развитие здоровых социально адаптивных и эффективных форм поведения, должна быть направлена на развитие личностных ресурсов, поведенческих стратегий и социально-поддерживающих сетей.

Понятие *реабилитационного пространства* означает территориальную систему ведомств, служб, общественных инициатив, осуществляющих во взаимодействии с населением поиск, организацию, профилактическую и реабилитационную активность среди несовершеннолетних.

Система мер по сокращению спроса на алкоголь и наркотики направлена на оздоровление нации путем уменьшения распространенности употребления ПАВ, а также уменьшение вреда и неблагоприятных последствий их употребления и строится на основе приоритета профилактических мер социально-экономического, медицинского и общественного характера и включает в себя:

- государственную систему профилактики злоупотребления ПАВ;
- медико-социальную наркологическую помощь, включая низкопороговые программы предоставления медико-социальных услуг общественными организациями, муниципальными и государственными учреждениями.

Целью профилактики злоупотребления алкоголем и наркотиками является сокращение масштабов алкоголизации и немедицинского потребления наркотиков, формирование позитивного отношения к трезвости и здоровому образу жизни, существенное снижение спроса на алкоголь и наркотики, прежде всего среди несовершеннолетних и молодежи.

Достижение указанной цели осуществляется решением следующих основных задач:

- укрепление психического здоровья населения, снижение заболеваемости, создание условий для формирования мотивации к ведению здорового образа жизни и повышения стрессоустойчивости;
- формирование негативного отношения в обществе к злоупотреблению алкоголем и наркотиками, в том числе путем проведения активной пропаганды ценностей здорового образа жизни и иных социально одобряемых духовных ценностей; формирование у несовершеннолетних и молодежи навыков, снижающих риск вовлечения в злоупотребление алкоголем и наркотиками;
- своевременное выявление причин и условий, способствующих распространению злоупотребления алкоголем и наркотиками, и организация комплексных мероприятий по эффективному их устранению;
- развитие ювенальной юстиции как правового механизма формирования и реализации реабилитационных мероприятий в отношении несовершеннолетних, употребляющих алкоголь, наркотики и другие ПАВ;
- обеспечение трудовой занятости несовершеннолетних и молодежи, в том числе и сезонной, повышение привлекательности доступных им профессий путем увеличения размера минимальной оплаты труда, создание новых рабочих мест в сельской местности и малых городах, особенно возникших при градообразующих предприятиях;
- развитие системы раннего выявления злоупотребления алкоголем и наркотиками в первую очередь среди несовершеннолетних и молодежи, в частности, посредством ежегодной диспансеризации. Мероприятия по профилактике злоупотребления алкоголем и наркотиками должны быть направлены на все категории населения, но в первую очередь они адресуются несовершеннолетним и молодежи, находящимся в неблагоприятных социальных условиях, в трудной жизненной ситуации, а также лицам группы повышенного риска злоупотребления алкоголем и наркотиками.

Государственные организации, оказывающие наркологическую помощь, должны активно взаимодействовать с общественными организациями, в том числе, объединяющими родителей потребителей ПАВ, чтобы использовать их возможности для формирования мотивации обращения за наркологической помощью.

Профилактика имеет 3 уровня: первичная, вторичная, третичная. Модели профилактики различны:

- медицинская профилактика направлена на последствия химической зависимости;
- образовательная модель включает формирование, расширение и углубление знаний о последствиях употребления ПАВ
- психосоциальная модель предполагает развитие навыков противостояния дурному влиянию среды, умений сделать правильный выбор. Осуществляется тогда, когда проблема у человека не возникла, но обозначилась как возможная.

2.2. Первичная профилактика

Суть стратегии первичной профилактики - утверждение принципов и формирование навыков здорового образа жизни. Это система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний путем устранения причин и условий их возникновения и развития, а также путем повышения устойчивости личности к воздействию неблагоприятных факторов социальной среды, способствующих началу употребления ПАВ. К первичной профилактике относят социально-экономические и иные меры по оздоровлению образа жизни, окружающей среды, воспитанию, использованию технологий «позитивного большинства» и повышения резистентности личности.

Первичная профилактика может включать широкий спектр направлений, например, информирование о зависимом поведении, пропаганда здорового образа жизни и опасности употребления психоактивных веществ (29, 30,

31, 32). Однако она всегда должна носить личностно направленный характер, быть ориентированной на потенциал здоровья, решать задачи сохранения и формирования личностных ресурсов ребенка, обеспечивающих развитие у него социально-нормативного жизненного стиля с доминированием ценностей здорового образа жизни, действий, установок на противостояние, отказ от негативных привычек. Для воспитания психологически устойчивой и здоровой молодежи и поддержки молодежи в трудной ситуации важным выступает развитие ресурсов социально-поддерживающей инфраструктуры.

Таким образом, первичная профилактика – это позитивная профилактика, направленная на освоение и раскрытие ресурсов психики и личности ребенка, помощь ему в самореализации и ее успешность определяется возможностью организации совместной деятельности всех участников образовательного процесса при обязательном сотрудничестве с семьей.

Основным средством проведения первичной профилактики являются программы, направленные на определенную целевую аудиторию: дети и подростки; молодежь в возрасте до 30 лет; работающее население; военнослужащие и сотрудники силовых ведомств. При проведении профилактических мероприятий следует отдавать предпочтение сочетанию методов прямого и косвенного (опосредованного) воздействия на лиц из группы повышенного риска злоупотребления алкоголем и наркотиками, обучению детей и подростков умению отказаться от первой пробы алкоголя или наркотиков, содействию выбору позитивных жизненных стратегий.

2.3. Вторичная профилактика

Среди несовершеннолетней молодежи большой процент школьников, проявляющих социально-негативные проявления в поведении. В отношении этой группы молодежи осуществляется вторичная профилактика, состоящая в сокращении социально-негативных проявлений и ограничении степени их вреда посредством раннего выявления социально-негативных явлений, обследования и оказания квалифицированной медико-психологической и соци-

ально-педагогической помощи несовершеннолетним. Ключевой задачей в этом направлении является создание эффективной системы защиты прав детей.

Своевременное выявление и коррекция личностных «искривлений» – залог успешности воздействий, предупреждающих развитие раннего алкоголизма, наркомании, бродяжничества и др. С этой целью среди других методов необходимо использовать психодиагностические комплексы, позволяющие в полном объеме изучить состояние психического здоровья ребенка.

Традиционное психопатологическое исследование личности, осуществляемое психиатром, ориентировано на выявление феноменологических проявлений болезни и постановку нозологического диагноза. Одной из задач психологической диагностики является прогнозирование вероятности появления патологических проблем, т. е. построение диагностической гипотезы. Для ее решения психолог проводит донозологическую психодиагностику, она разворачивается тогда, когда сложности еще не возникли, но специалист их обозначил как возможные. Если же выявлены какие-либо личностные или нервно-психические расстройства, то для определения их роли в снижении уровня адаптации важен последовательный и глубокий анализ психологической структуры расстройства или заболевания с выделением первичных и вторичных нарушений, определением степени их разнообразия и выраженности. Не менее важным в диагностическом процессе выступает выделение преморбидных свойств личности, а также компенсаторных и защитных образований, которые зачастую вызываются болезнью и усугубляют адаптационный процесс. С этой целью используются различные методы, как высокой степени формализации (тесты, опросники, проективные методики), так и малоформализованные (наблюдение, опрос, анализ продуктов деятельности). Формы изучения также различны – индивидуальные и групповые, устные и письменные, вербальные и невербальные, бланковые, предметные, аппаратные, компьютерные.

Выделив основные проблемы и спрогнозировав их последствия, психолог определяет приоритетные направления в работе с несовершеннолетними и молодежью. Они могут состоять:

- 1) в коррекции негативных личностных особенностей;
- 2) в работе с человеком как с субъектом общения;
- 3) в работе с человеком как с субъектом деятельности.

Профилактическая работа с несовершеннолетними и молодежью будет результативной в том случае, если к ней будут привлечены все окружающие их люди, и их взаимодействие будет строиться на принципах сотрудничества и взаимодополняемости деятельности. При этом психолог реализует поставленную цель с использованием психологических подходов, а педагог средствами педагогического воздействия.

Только посредством реализации в образовательном процессе современных социально-адаптивных стратегий развития ценностей здорового образа жизни, мотивов противостояния негативным влияниям среды и стрессоустойчивости, а также технологий раннего обнаружения случаев социально-негативных проявлений возможно формирование протективных личностных ресурсов и продуктивных форм поведения у несовершеннолетних и молодежи.

2.4. Третичная профилактика

Стратегия третичной профилактики основана на создании системы эффективной наркологической помощи и имеет целью социальную, трудовую, психологическую и медицинскую реабилитацию лиц, у которых сформировалась зависимость от ПАВ, на основе трех принципов: анонимность, доступность, бесплатность. При лечении и реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией, не совершивших общеуголовных преступлений, соблюдение указанных принципов обеспечивает создание доброжелательной для больного системы оказания наркологической помощи, что существенно по-

вышает мотивацию больных на прекращение злоупотребления ПАВ и сохранение трезвости.

Повышение уровня мотивации на сохранение трезвости является стержневым элементом реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией. Поставленной цели позволяет добиться перестройка оказания наркологической помощи на основе концепции духовно-реабилитационной деятельности.

Основными рисками и угрозами в сфере оказания наркологической помощи являются:

- широкое распространение в обществе толерантного отношения к немедицинскому потреблению алкоголя и наркотиков и столь же широкое распространение негативного отношения к больным алкоголизмом и наркоманией, представление о зависимости как о распущенности и слабости воли больного, а не тяжелом хроническом психическом расстройстве;

- стигматизация больных алкоголизмом и наркоманией и повышение порога оказания медико-социальной помощи вследствие обязательных для больного постановки на наркологический учет, сопряженный с неизбежными социальными ограничениями, и возможной передачей сведений о лицах, потребляющих ПАВ, из наркологических учреждений в правоохранительные органы;

- сокращение числа государственных наркологических медицинских учреждений и врачей психиатров-наркологов и фактическое отсутствие реабилитационных центров (отделений), в том числе в структуре наркологических диспансеров и наркологических больниц;

- недостаточная доступность квалифицированной бесплатной медицинской помощи и медико-социальной реабилитации для больных алкоголизмом и наркоманией и, как следствие, крайне высокий уровень рецидива среди больных, прошедших лечение в наркологических учреждениях;

- широкое распространение негосударственных наркологических учреждений, ориентированных на оказание краткосрочной неотложной наркологической помощи (обрыв злоупотребления и купирование острой фазы аб-

стинентного синдрома); без последующей реабилитации эффективность подобного лечения крайне низка, что ведет к дискредитации наркологической помощи.

Третичная профилактика наркомании осуществляется с применением нескольких стратегий.

Первая стратегия - формирование мотивации на изменение поведения, включение в лечение, прекращение употребления наркотиков или других психоактивных веществ.

Вторая стратегия - изменение зависимых, дезадаптивных форм поведения на адаптивные.

Третья стратегия - осознание ценностей личности. Четвертая стратегия - изменение жизненного стиля.

Пятая стратегия - развитие коммуникативной и социальной компетентности.

Шестая стратегия - формирование и развитие социально – поддерживающей сети.

В этих стратегиях используются различные технологии.

Принципы третичной профилактики:

- ✓ комплексность;
- ✓ дифференцированный подход с учетом возраста, степени выраженности и проявлений социально-негативных явлений;
- ✓ аксиологичность (ценностная ориентация) – формирование мировоззренческих представлений об общечеловеческих ценностях, здоровом образе жизни и т.д., которые являются регуляторами человеческого поведения;
- ✓ многоаспектность – сочетание направлений целевой профильной работы. Социальный аспект – формирование позитивных моральных и нравственных ценностей, определяющих выбор здорового образа жизни. Психологический аспект – формирование стрессоустойчивых установок, позитивно-когнитивных оценок, навыков успешной жиз-

недеятельности и способностей сделать позитивный альтернативный выбор. Образовательный аспект включает становление системы представлений и знаний о социально-психологических, медицинских и морально-правовых последствиях злоупотребления ПАВ. Предполагает воздействие на различные субъект-объектные взаимоотношения.

- ✓ последовательность;
- ✓ легитимность - предусматривает необходимую правовую базу профилактики

Между профилактическими блоками (первичная, вторичная и третичная профилактики) как составляющими единой системы имеет место взаимопроникновение и пересечение. Именно такой подход позволит структурировать целостную концепцию профилактики злоупотребления психоактивными веществами и перейти к созданию профилактических программ на всех трех уровнях.

Глава 3. Третичная профилактика зависимости от психоактивных веществ и основные ее составляющие

3.1. Система реабилитации

В первую очередь мы хотим выступить в пользу системного подхода, как принципа изучения любого психического явления или психологической проблемы. В настоящее время он общепринят в научном психологическом сообществе. Эта метатеория представляет удобную модель описания сложных многоаспектных с нечеткими границами и неоднозначной интерпретацией психосоциальных явлений, а также хорошую технологию интеграции самой разнородной информации в отношении конкретной проблемы.

К такому классу междисциплинарных проблем, требующих объединения научного и гуманитарного способов рассмотрения и системного подхода в исследовании и практической реализации, относится проблема аддикции (аддиктивного поведения, аддиктивной личности).

С медицинской точки зрения, алкоголизм и наркомания рассматриваются как тяжелейшие заболевания, сопровождающие человека всю жизнь без возможности полного выздоровления. С психологической точки зрения, химическая зависимость формирует расстройство личности в целом, на всех уровнях ее психической организации, в том числе, и на психосоциальном уровне взаимодействия в ее микро- и макросоциумах.

Идея системного подхода к личности наркозависимого и к реабилитационному процессу лежит в основе концепции, где основой является общая теория систем, представленная в работах Людвиг фон Берталанфи [Методология системного подхода, 2000]. Принимая все общие и специфические характеристики системы, мы, как особо важные для нас, выделяем следующие: целостность, взаимосвязь системы со средой, иерархичность, множественность описания, целеустремленность, самоорганизация.

Сформулированные В. Н. Мясищевым задачи патогенетической психотерапии по своей сути отражают поэтапный психотерапевтический процесс с

позиций системного подхода. Коррекция нарушенных отношений личности формирует психотерапевтический процесс преимущественно на когнитивных аспектах [18].

Био-психо-социо-духовная модель медицины, построенная на мультифакторной концепции болезни J.Engel, H.Weiner, I.Famry, с помощью которой можно интегрировать физиологические, психологические и философские аспекты зависимости, как системного заболевания. Интегративность системы индивидуальной и групповой психотерапии состоит в том, что она включает в себя идеи гуманистической, краткосрочной динамической, телесно-ориентированной гештальттерапии и психодрамы.

Личностно-ориентированная психотерапия не только включает в качестве своих задач три плоскости измерений (когнитивную, эмоциональную, поведенческую), но и сам процесс психотерапии, который основан на сбалансированном использовании когнитивных, эмоциональных и поведенческих механизмов.

Специалистами третичной профилактики должны быть врачи-психотерапевты, психологи, социальные работники (консультанты — пациенты, которые успешно прошли курс реабилитации и сохраняют трезвость от 5 до 12 лет). Био-психо-социо-духовный подход качественно противостоит «поликлиническому». Он требует от приверженцев не только системного мышления, но и большего взаимодействия. Поэтому формированию сплоченного коллектива необходимо уделить много внимания [9].

Должны быть использованы современные психотехнологии менеджмента: организация работы персонала реабилитационного центра по типу команды, «мозговые штурмы», дискуссии в Малых группах, неформальные встречи с «разговорами в пользу отношений или в пользу возможностей», которые сочетаются с обучающими семинарами в группах личностного роста, терапевтическими группами по проработке личностных проблем. В проработке функции, миссии команды и стратегии развития Центра должен принимать участие каждый член команды.

Структура реабилитационного процесса имеет строгую иерархию.

Первый уровень иерархии

Всемирное движение анонимные алкоголики (АА), анонимные наркоманы (АН) как терапевтическая среда. Система реабилитации зависимых и созависимых: группы АА, АН.

Второй уровень иерархии

Иркутская областная общественная организация Всероссийского общества трезвости и здоровья — среда. Система реабилитации — консультирование (индивидуальное, семейное), научно-исследовательская и профилактически – просветительская работа. Терапевтическая команда и пациенты.

Третий уровень иерархии

Реабилитационный центр — среда. Система — реабилитационный процесс, который включает в себя психодиагностику, индивидуальную и групповую психотерапию, блок теоретического обучения пациентов, обучение основам психофизиологической саморегуляции в системе:

Консультант (выздоровливающие наркоманы)



Пациент



Группа

Четвертый уровень иерархии

Реабилитационный процесс — среда. Система — личность наркомана, которая рассматривается через призму познавательной, эмоциональной, поведенческой и духовная сфер.

Основные цели предлагаемой программы – полный отказ пациентом 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.

По нашему убеждению, достижение любой из этих целей невозможно без достижения других. Необходимым условием для комплексного достижения этих целей является решение следующих задач:

- Признание пациентом необходимости помощи.
- 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 отрицать заболевание стало невозможным. Многие алкоголики/наркоманы неоднократно пытались остановить употребление и всё-таки срывались снова. Осознавая при помощи данной программы, в каком плачевном состоянии тела, разума и духа они находятся, пациенты должны подойти к пониманию того, что без посторонней помощи им не справиться.

- Формирование осознанного желания прекратить употребление алкоголя и наркотиков.

- Работая по Программе, пациент может найти поддержку и понимание со стороны терапевтического сообщества. Опираясь на опыт членов сообщества, их силы и оптимизм, он может обрести уверенность в своих собственных силах, укрепиться в желании прекратить употребление алкоголя и наркотиков и в корне изменить свою собственную жизнь. Пациент должен подойти к выводу, что трезвость – это основная цель его жизни на данном этапе, что без устойчивой трезвости невозможно решение никаких других жизненных задач и проблем.

- Формирование готовности справиться с болезнью.
- Программа предусматривает необходимость достаточно глубокого изучения пациентом своих внутренних проблем и, возникающих из-за этого, внешних конфликтов, основных путей их решения.

Пациента необходимо научить воспринимать других как чувствующих людей и, возможно, имеющих такие же внутренние противоречия, как и у него; приобрести новый опыт межличностного общения; уметь просить, полу-

чать и оказывать поддержку. В результате он формирует начальные навыки познания своих чувств и управляет своим поведением, получает теоретический и практический опыт поведения в экстремальных, стрессовых ситуациях.

Пациент в процессе реабилитации меняет отношение к самому себе, укрепляет позитивную оценку событий, происходящих с ним. Программа должна помочь пациенту научиться любить самого себя, окружающих людей, весь мир; начать испытывать радость не от достигнутого результата, а от процесса движения к нему. Пациенты делают первые шаги в этом направлении, признавая себя такими, какие они есть.

Так как участие пациента в Программе – это стиль жизни, мышления, мировоззрения, то за время проведения активной реабилитации пациенты формируют у себя активную жизненную позицию, настраивающую на постоянное движение вперед. В противном случае, за остановкой движения по Программе следует отход на старые позиции алкогольного/наркотического мышления и, как следствие, алкогольный/наркотический срыв.

В процессе реабилитации пациент должен получить теоретическую и практическую подготовку к ведению новой, трезвой жизни. Ему необходимо получить некоторые психологические, медицинские и социальные знания, расширяющие его мировоззрение.

Кроме того, пациенту необходимо изучить основы программы духовного возрождения и духовного роста «12 шагов» сообщества Анонимных Алкоголиков/Анонимных Наркоманов, а так же его историю и традиции. Это даст возможность пациенту приобщиться к всемирному движению АА/НА и использовать 12- шаговую программу как инструмент своего дальнейшего выздоровления [12].

Для скорейшей адаптации пациента в реальной жизни и для помощи в ликвидации последствий химической зависимости необходима глубокая работа с родными и близкими пациента, изменение системы взаимоотношений в его семье.

Необходимо закрепление полученных знаний и навыков, а также помощь в дальнейшем личностном росте пациентов, прошедших курс активной реабилитации по Программе и продолжающих работать по личной программе выздоровления.

Учитывая определённую психологическую незрелость химически зависимых людей, необходимо развивать у пациента умение чёткого планирования всех видов деятельности; умение выделять главное из множества встающих перед ним проблем; умение брать на себя ответственность за собственные поступки и решения; умение сохранять свои собственные границы, уважать границы других.

3.2. Когнитивно-поведенческая модель психотерапии и психокоррекции в условиях реабилитации

Когнитивно-поведенческая терапия на сегодняшний день относится к числу наиболее эффективных форм психологической коррекции. Это является важным основанием для решения применять ее в процессе реабилитации зависимых от ПАВ [10, 15].

Основные положения когнитивно-поведенческого подхода.

- Поведение пациента, 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 пациента 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.

- 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, автоматически. Оно как бы складывается «по ранее выработанному сценарию». У зависимых в ходе глубоких личностных изменений в связи с употреблением химических веществ возникают определенные паттерны поведения, которые заставляют больного действовать автоматически, т. е. 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. Чувства человека, его поведение и особенности взаимодействия с окружающей средой может существенно влиять на его мысли. Позитивный эффект в условиях принятия человеком решений может оказать молитва о душевном покое выздоравливающих наркоманов и алкоголиков.

- Если говорить кратко, *ошибка подтверждения* (в терминологии программы выздоровления «12 Шагов» АА/АН 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 средства на употребление ПАВ) и бесполезных.

- 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 человека 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 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, касающуюся 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.).

- Учитывая особую важность схем, основной задачей когнитивно-поведенческого психотерапевта является помощь людям 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 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», а 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 в отношениях 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.

- Психотерапевт призван отслеживать и корректировать «иррациональные» убеждения пациента. Психотерапевт помогает ему выработать бо-

лее правильный и объективный взгляд на реальность при помощи честного и открытого взгляда на самого себя и сбора эмпирических доказательств, подтверждающих 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.

- 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.

- Чрезвычайно важным для когнитивно-поведенческой терапии является *предотвращение рецидивов*. Психотерапевты вместе с пациентом 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.

Формирование аддиктивных когнитивных конструктов – это способ интерпретирования своего поведения и других, связанных с ним активно-

стей. Отнесение себя к группе, например, алкогольных аддиктов только по причине того, что в прошлом человек слишком много пил, ошибочно. Аддикту не следует воспринимать свое настоящее состояние, как неразрывно связанное с прошлым. Если, например, человек исходит из того, что он был выраженным наркоманом и останется таковым на всю жизнь, то у него формируется внутреннее убеждение, согласно которому любая «встреча со шприцом» обязательно спровоцирует срыв.

Такое неправильное самоубеждение генерирует поведение, соответствующее «встроенной» в него программе, которую усиливают разнообразные способы неэффективной коррекции.

Доказано, что люди интерпретируют свои чувства и поведение в соответствии с имиджами, которые были им когда-то внушены [19]. Самоидентификация с образами, запечатленными ранее, запускает имитацию запрограммированной модели поведения. Поэтому коррекция аддикции должна быть направлена не только на аддиктивную часть личности человека, но и учитывать индивидуальные позитивные качества зависимого человека.

В когнитивно-поведенческой терапии осмысление происходящего пациентом оценивается не с точки зрения его правильности, а с точки зрения его *пригодности* в определенных обстоятельствах.

Подводя итог вышесказанному, можно заключить, что основным в когнитивно-поведенческой терапии является следующее:

- а) конструктивистская и интерактивная позиция;
- б) важность схем;
- в) ведущая роль эмоций;
- г) значение психотерапевтических отношений, особенно отношений сотрудничества;
- д) роль прошлого, семейное и социокультурное влияние;
- е) необходимость учета фактора переноса;
- ж) обучение клиентов навыкам предупреждения рецидивов.

3.3. Программа «12 Шагов»

«Идеология» программы «12 Шагов» отличается несколькими положениями [4, 5]:

- Алкоголизм/наркомания – хроническая прогрессирующая болезнь с предсказуемыми признаками и предсказуемым результатом.
- Алкоголики/наркоманы навсегда потеряли способность контролировать свое потребление ПАВ.
- Психоактивные вещества воздействуют на тело алкоголика/наркомана, его мышление, психологические особенности, способность адекватно социально функционировать. Истинное восстановление требует восстановления каждой из этих сфер.
- Единственная имеющаяся возможность для алкоголика/наркомана нормально жить – это в течение всей жизни не употреблять психоактивных веществ.
- Даже единственная рюмка спиртного или доза наркотика может вызывать у алкоголика и наркомана тягу и привести его к возобновлению цикла компульсивного потребления.

В связи с этим, наилучшие шансы оставаться трезвыми, согласно программе АА, АН, имеют те больные, которые признают потерю возможности контролировать свое потребление ПАВ и начнут посещать собрания АА и АН.

Основой восстановления по этой программе являются следующие позиции:

- 1) духовность – вера в роль более могущественной силы в восстановлении от зависимости, чем индивидуальная сила воли;
- 2) активная работа по «12 Шагам» и посещение групп (первичная цель лечения);
- 3) пациенты лучше восстанавливаются в том случае, если они пользуются услугами сообщества АА и АН и его ресурсами (группы, экстренная связь

«телефонное право», наставничество), а не надеются только на помощь психотерапевта (консультанта) в поддержании трезвости;

4) окончательная цель для больного заключается в том, чтобы сопротивляться принятию «первой рюмки/дозы» в течение одного дня (или часа) при возникновении тяги, что отражено в девизе «Живи одним днем».

Консультантам следует рассказывать пациентам об основных идеях, на которых основывается работа АА и АН, а именно:

- ни один из известных методов лечения не позволяет больному потреблять ПАВ без последствий;

- оставаться трезвым «только один день» – единственно возможный выбор для больного зависимостью;

- только собственной уверенности в себе недостаточно, чтобы поддерживать трезвость;

- для «излечения» необходима поддержка других «восстанавливающихся» больных зависимостью от ПАВ.

Группы АА и АН сегодня широко распространены во всем мире – в странах Америки, Европы, Африки, в Австралии. Эффективность ее была исследована и выглядит так (для больных регулярно посещающих собрания АА): 30–40 % – не имеют срывов в процессе восстановления с момента прихода в программу; 30–40 % – имеют в процессе восстановления 2-4 срыва, после чего приходят к абсолютной трезвости (как правило, срывы бывают в первые 3 года); 20–30 % – продолжают периодически срываться на фоне посещения собраний [2, 7].

Наиболее часто встречаются следующие структурные формы организации лечебной и профилактической помощи на основе программы «12 Шагов» сообщества АА и АН:

1. Терапевтические сообщества длительного пребывания с использованием программы «12 шагов». Такие сообщества обеспечивают условия для восстановления пациентов с зависимостью от ПАВ, предлагая им курс специальной психотерапии на основе философии «12 Шагов» без применения ме-

дикаментозных средств в обстановке, обеспечивающей активное вовлечение больного в социальное обучение.

2. Миннесотская модель лечения зависимости от ПАВ – социальная модель восстановления, основанная на методологии сообщества АА и АН, применяемая в сочетании с психотерапевтическими и психокоррекционными воздействиями в условиях малых групп.

3. Сочетание различных социальных и психотерапевтических моделей лечения с программой «12 Шагов».

4. Стационарное лечение, сочетающее работу по программе «12 Шагов» и какую-либо другую методику психотерапии или комплекс психотерапевтических методик (курс – 28 дней).

5. Терапевтические общины с длительным сроком пребывания (от 30 дней и до нескольких лет).

6. Общины с интенсивным лечением по программе, идентичной программе «Миннесота» с длительным сроком пребывания в программе (90 дней и более).

7. Интенсивное лечение в амбулаторных условиях (по типу дневного стационара) (28 дней).

8. Амбулаторное лечение с менее интенсивной программой (2–3 раза в неделю – 28 дней);

9. Семейные программы, как амбулаторные, так и стационарные.

Рассматривая в совокупности результаты деятельности АА, как организации, оказывавшей помощь в восстановлении людям с зависимостью от ПАВ и итоги применения программы «12 Шагов» в других лечебных моделях, можно утверждать, что методологию восстановления по этой программе следует рассматривать как групповую психотерапевтическую и социо-реабилитационную.

Курс реабилитации по Программе состоит из нескольких блоков, органически переплетающихся и дополняющих друг друга. Каждый блок необходим для выполнения Программы в рамках реабилитационного процесса.

Каждый блок имеет свою направленность:

1. Анонимность и добровольность реабилитации.

Вся информация о пациенте не проверяется и не распространяется. Реабилитация по Программе добровольная, поэтому пациент может прервать курс реабилитации в любой момент без каких-либо последствий.

2. Терапевтический персонал.

Взаимоотношения между персоналом и пациентами строятся на основе взаимного уважения, равенства и понимания. Возникающие проблемы решаются на «Большой группе», которая представляет собой общее собрание всех пациентов и всего персонала, где и те и другие могут высказать свои чувства, попросить и получить поддержку, разрешить конфликты и т. д.

3. Пребывание пациента в Программе.

Существует чёткая динамическая модель, начиная от приёма и первичной консультации, участия в реабилитационном процессе и заканчивая выдачей сертификата. Работа пациента строится по определённому реабилитационному плану и обсуждается сотрудниками каждые 2 недели на реабилитационном планировании.

4. Групповая психотерапия.

Малые психотерапевтические группы, группы по заданиям – основной метод, используемый в Программе. Главные направления работы групп: самопознание, самораскрытие, работа с чувствами и их проявлениями, тренинг межличностного общения, отреагирование глубинных эмоциональных травм, тренинг поведения в экстремальных ситуациях, групповой анализ самостоятельной работы по заданиям.

5. Индивидуальная психотерапия.

Работа на сессиях индивидуальной психотерапии направлена на преодоление системы отрицания, осознание личностных проблем, намечаются пути их решения. Для самостоятельной работы выдаются домашние задания. Совместно с пациентом составляется индивидуальная программа выздоровления.

6. Теоретическое обучение.

В этот блок входит проведение лекционных занятий о природе, специфике, развитии и последствиях заболевания, о психологических и личностных особенностях химически зависимого и членов его семьи, о всемирном движении АА, АН и многих других вопросах, знание которых необходимо для поддержания трезвости изменения личности зависимого.

7. Теоретическое и практическое изучение основ движения и программы АА, АН.

Групповой анализ выполнения индивидуальных заданий по изучению программы 12-ти шагов проводится в группе по заданиям. Пациент получает возможность в процессе активного курса реабилитации посещать собрания различных групп АА, АН.

8. Дыхательные упражнения и основы медитация.

Освоение техник релаксации и медитации даёт пациенту один из инструментов управления настроением, позволяет осознать и ощутить контакт с Высшей Силой.

9. Подведение итогов дня.

Ежедневные индивидуальные занятия, дающие пациенту возможность самоанализа своих чувств, настроений, поступков, испытанных за день.

10. Семейная терапия.

Играя, важную роль в лечении химической зависимости в блок семейной терапии входит самостоятельная программа с лекциями и практическими занятиями.

11. Познавательный аспект программы.

Особенностью познавательного аспекта Программы является его интенсивность по времени и информационная насыщенность в течение дня лекциями и тренингами.

Необходимо выделить способ подачи информации, который значительно отличается от способа чтения обычных учебных лекций. Основное отличие заключается в том, что материал представляется в виде беседы с па-

циентами, используются примеры наиболее понятные больным с химической зависимостью и метафоры, рассчитанные на образное мышление пациентов этой группы.

Во время проведения лекций и тренингов важно достигнуть понимания пациентами того, о чем идет разговор, но и привлечь их к активному участию. Одновременно в процессе лекций можно не столько прояснять непонятные для пациентов моменты, отвечая на задаваемые ими вопросы, сколько психотерапевтически работать в этот момент с психологическими защитами, демонстрируемыми больными.

Информационный материал Программы должен состоять из лекций, составленных специалистами. В Программе применяются аудиоматериалы – переводы лекций Д. Мартина – руководителя лечебного центра «Эшли», США [7, 8].

12. Постреабилитационные консультации

Такие консультации расширяют знания и навыки, полученные в процессе прохождения Программы, служат одним из инструментов преодоления кризисных ситуаций. Для некоторых пациентов, в случае необходимости, эта Программа может быть предложена.

3.4. Организация психотерапевтической работы в условиях реабилитационного центра

Работая с аддиктивными паттернами поведения, мы сталкиваемся с ярко выраженными избеганием и отрицанием, которые можно сформулировать так: «У меня нет никаких внутренних проблем. Все зависит от того, что происходит во внешнем мире, все можно исправить, если повлиять на внешний мир»; или: «Если бы я только мог избежать использования наркотиков (или иного неприятного поведения), все стало бы хорошо». Отрицается какая бы то ни было связь внутреннего конфликта, внутренней реальности в целом с жизненными проблемами. Такое огульное отрицание своего внутреннего мира в течение длительного времени характерно для большинства наркоманов и

алкоголиков, что ведет к безразличию, игнорированию любого вида интроспекции и категорическому и последовательному ее избеганию.

Психотерапия и реабилитация больных алкоголизмом и наркоманией подразумевает достаточно длительное участие пациентов в мультидисциплинарном по своей направленности и участии специалистов в реабилитационном процессе. Реабилитация должна охватывать все виды нарушений, которые имеются у пациентов с зависимостью от психоактивных веществ, учитывая наличие у них патологических процессов на психобиологическом, психологическом и социально-психологическом уровнях.

Особое значение для повышения эффективности реабилитации пациентов придается рациональному распределению времени в течение всего дня для различных по направленности и эмоционально-психологической нагрузке психотерапевтических и реабилитационных мероприятий.

Первыми, в связи с этим, необходимо рассматривать интенсивность и очередность различных занятий, в которых должны участвовать пациенты. К концу или в течение дня пациент не должен испытывать интенсивную усталость, как физическую, так и эмоциональную. Выраженная усталость у пациентов может появляться либо при чрезмерной нагрузке, когда расписание слишком насыщено, либо при недостаточном участии их в психотерапевтическом и реабилитационном процессе, когда развивается скука от бездеятельности.

Усталость от лечения, появившаяся у пациентов, обычно приводит их к сопротивлению процессу реабилитации, а также к желанию прекратить выздоравливающий процесс т. е., иными словами, увеличивается количество выписок пациентов за различные нарушения режима и правил поведения, принятых в реабилитационном центре.

Максимально положительного результата можно добиться, соблюдая следующие принципы при составлении ежедневного расписания:

- разноплановость (разнообразие) занятий по информационной и эмоциональной насыщенности;

- возможность для пациента в течение лечебного дня иметь так же достаточно времени для отдыха.

Особое внимание следует уделить составлению расписания информационной части программы. Лекционный и тренинговый материал, который предлагается пациентам, может оказывать достаточно сильное эмоциональное воздействие на зависимого человека.

Учитывая эту особенность необходимо учитывать следующее: если вовремя не обратить внимание на возникшее у больного состояние, можно с высокой долей вероятности ожидать обострения патологической тяги и, как следствие, нарушение им режима. Это достоверно подтверждено многочисленными наблюдениями и анализом срывов.

Для организации полноценного психотерапевтического процесса в стационарных условиях необходимо учитывать особое построение взаимоотношений между персоналом и самими пациентами реабилитационного центра:

- высокий уровень безопасности и защищенности заинтересованных в лечении лиц от проявлений деструктивного отношения к ним со стороны больных, не мотивированных на лечение и использующих, в связи с этим, агрессивные, манипулятивные и провокационные формы поведения;
- открытость общения персонала и пациентов и их совместное изучение и решение возникающих или уже возникших проблем;
- поощрение пациентов проявлять инициативу и ответственность за реабилитацию и социальную работу центра в равной степени с персоналом.

Необходимо выделить следующие правила, на которые важно обратить внимание в процессе реабилитации:

1) отношение персонала к больным должно быть уважительным, ровным и благожелательным, независимо от личностных особенностей того или иного пациента;

2) в программе больному не навязывается позиция: «Ты болен зависимостью». Ему предлагается самому сделать выбор, болен ли он или нет. Обыч-

но такой выбор делается пациентами по мере освоения им информации о болезни и ее проявлениях, а так же после личностной проработки этой информации на занятиях групповой психотерапии;

3) соблюдение правил работы центра, выполнение которых обязательно для всех, как для персонала, так и для пациентов. Отдельные правила для пациентов оговариваются в момент поступления больного. Эти правила касаются и пациента и его родственников;

4) выполнение центром принципа «открытых дверей», т. е. в любой момент пациент может покинуть лечебную программу;

5) соблюдение конфиденциальности, т. е. прохождение полного курса реабилитации без постановки на учет в наркодиспансер;

6) организация при Центре клуба встречи «бывших» пациентов, проходивших ранее реабилитацию, имеющих опыт собственного восстановления, и пациентов, находящихся на лечении в настоящее время, что усиливает психотерапевтический эффект;

7) доброжелательность, демократичность и единение всех членов коллектива и пациентов. Такое отношение со стороны персонала поощряет выражение каждым пациентом своих чувств в достаточно безопасной социотерапевтической обстановке.

Подготовка персонала, занятого в психотерапевтическом и реабилитационном процессе, соответственно, должна включать не только обучающие программы для знакомства с необходимой для работы информацией, но и терапевтические процессы, позволяющие будущему специалисту решить собственные эмоционально-личностные проблемы, чтобы они деструктивно не влияли на динамику построения социальных взаимоотношений «психотерапевт – пациент», «психолог – пациент», «консультант – пациент».

По согласованию сторон возможно (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.

Для облегчения соблюдения таких договоренностей и персонал центра и пациенты, проходящие в нем лечение, постоянно носят идентификационные карточки, на которых написаны инициалы пациента, а у персонала еще указана и должность.

Правила функционирования внутри Центра для пациентов сведены к минимуму, необходимому для общей безопасности и общего благополучия. Эти правила позволяют пациентам наиболее эффективно и быстро адаптироваться в социальной структуре взаимоотношений внутри отделения и предупреждают о недопустимости агрессивного, манипулятивного и провокационного поведения в отношении, как персонала, так и других пациентов.

Неукоснительное соблюдение этих правил позволяет достичь максимального уровня защиты личности персонала и пациентов, нацеленных на лечение, защищает от деструктивных форм поведения больных, не желающих проходить психотерапевтическое лечение в центре.

Однако достаточно часто приходится отличать действия больных, которые являются следствием сопротивления лечению, и действия, которые могут быть проявлением обострения патологического влечения к алкоголю/наркотику. Обычно такие болезненные проявления вполне возможно корректировать с помощью психотерапевтических и реабилитационных технологий.

Достаточно часто, особенно на первых этапах нахождения пациента в стационаре, сложно разделить эти два явления. Для облегчения выявления и разделения вышеназванных видов поведения существуют определенные правила относительно выписки пациента из отделения за нарушение режима:

- немедленная выписка пациента осуществляется только при нарушении им определенных пунктов правил центра;
- при активном сопротивлении психотерапевтическим мероприятиям или категорическом отказе от сотрудничества на психотерапевтических групповых занятиях пациенту предлагают выписаться;

Нарушение остальных правил должно нести за собой следующие социальные ограничения:

- а) первое замечание – пациент лишается ежедневных прогулок;
- б) второе замечание в течение недели после первого – лишение отпуска для посещения дома (семьи) на ближайшие выходные;
- в) три замечания в течение недели расцениваются как активное сопротивление лечению и пациент также выписывается из центра.

Естественно, прежде чем применять к пациенту те или иные виды ограничений, с ним должна проводиться разъяснительная беседа о недопустимых формах поведения внутри Центра и предлагаются возможные варианты того, как решать конкретному пациенту возникшие у него проблемы в условиях реабилитационного процесса.

Часто принятые однократно меры дисциплинарного характера и разъяснительная беседа помогают пациенту осознать деструктивность своего поведения и изменить его.

В случае несоблюдения правил и режима Центра пациент может лишиться прогулок и отпусков на 1 неделю. Такое положение повышает мотивацию пациента на полноценное участие в реабилитационном и психотерапевтическом процессе.

В случае появления т. н. «отрицательного» лидера из пациентов (иногда и персонала), который начинает развивать деятельность по организации «саботажа» лечению, необходимо выявить и исправить нарушения в сложившейся реабилитационной социальной системе. Выявление саботажника – не простая задача. Обычно такой больной (или сотрудник) часто открыто не проявляет агрессию к лечению (методам лечения) и пытается завязывать «дружественные» отношения с персоналом, пытается подстроиться под требования каждого сотрудника.

У пациентов с ролью подобного лидера, достаточно часто могут возникать серьезные трудности с функционированием на занятиях в малой группе. Как правило, такие лица обладают более развитым интеллектом и

имеют более высокий социальный статус, чем другие больные. Они достаточно быстро завоевывают авторитетное положение у других пациентов, особенно из числа неустойчивых личностей и лиц, не имеющих мотивацию на лечение.

Основная деятельность сформированных таким лидером групп пациентов направлена на дискредитацию методик лечения, применяемых в Центре, и сотрудников программы. Формирование даже небольшой группы пациентов под руководством отрицательного лидера приводит к созданию обстановки, провоцирующей других, мотивированных на лечение больных к проявлению агрессии к персоналу и саботированию психотерапевтических и реабилитационных мероприятий

В действиях по нормализации лечебной, психотерапевтической и реабилитационной работы должен участвовать весь персонал отделения. В таких ситуациях необходимо и вполне возможно применение быстрых и, иногда, радикальных способов воздействия на сложившуюся ситуацию. Подобные мероприятия должны быть направлены на нейтрализацию деятельности, в первую очередь, самого лидера, через лишение его поддержки большинством больных, а также на ликвидацию последствий его деятельности.

Как правило, если ситуация формирования «саботажной группы» деструктивным лидером не была вовремя выявлена, вслед за таким пациентом могут покинуть Центр и другие, входящие в его группу больные за различные нарушения режима, но чаще происходит их 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 помощь, больных, абсолютно оправдана.

Участие пациентов в хозяйственной деятельности отделения достаточно ограничено и включает в себя, в первую очередь, помощь в решении повседневных потребностей Центра. Для структурирования такой помощи пер-

сонал составляет график дежурств пациентов. Участие пациента в хозяйственной жизни Центра обязательно.

Очень важную роль для формирования социо- психотерапевтической среды играют общие собрания (сообщества), в которых должны участвовать как персонал, так и пациенты, а так же участие пациентов в жизнеобеспечении работы Центра. На общих собраниях отделения решаются вопросы взаимодействия персонала и пациентов, разбираются возникшие в связи с этим проблемы. До пациентов доносится информация об изменениях в работе Центра, о возможностях пациентов по их наиболее успешному прохождению лечения и реабилитации и организационных мероприятиях, обеспечивающих эти возможности.

Не менее важным считается выступление больных, готовящихся к выписке по окончании лечения. Выступления обычно достаточно не структурированы и спонтанны, но, чаще всего, в них звучат слова благодарности персоналу, рассказы об изменении восприятия лечения и поведения внутри Центра по мере углубления в психотерапевтический процесс.

Такие рассказы помогают вновь поступившим пациентам увидеть в своем поведении или мыслях те негативные тенденции, которые тоже были в начале лечения и у выступающих. Это положительно отражается на их дальнейшей социальной адаптации и реабилитации в условиях стационарной программы, повышает степень доверия персоналу.

В обязательном порядке персонал программы встречается после каждого общего собрания, чтобы обсудить и проанализировать его результаты и результаты наблюдения за социальным функционированием больных на данном собрании. Такие наблюдения позволяют в дальнейшем более дифференцировано строить индивидуальные программы психосоциальной реабилитации конкретных пациентов.

Персонал, занятый в психотерапевтической и социально-реабилитационной работе, ежедневно проводит оперативные совещания для

решения практических вопросов и выработки общего направления психотерапевтической и социальной работы.

Важным аспектом в формировании и поддержании эффективного воздействия на пациентов средовой (социо-реабилитационной) терапии является организация слаженной работы в этом направлении всего персонала. 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 и принятия ими положений реабилитационной программы в такой ситуации – малопродуктивное занятие.

Кроме того, такая неспособность внутри коллектива совместно решать возникшие проблемы и конструктивно избегать конфликтов из-за разногласий по каким-либо вопросам пагубно воздействует на состояние и поведение больных.

В процессе формирования рабочей команды достаточно часто возникают проблемы, которые связаны с противопоставлением друг другу специалистов той или иной направленности. В случае возникновения подобной ситуации необходимо провести работу с такими сотрудниками по донесению до них знаний о соблюдении определенных правил (должностных инструкций), которые определяют уровень их профессиональной компетенции и степени участия в лечебной работе.

В соответствии с основными требованиями социальной и психотерапии персонал берет на себя специфическую роль, главные черты которой определяются кругом профессиональных обязанностей. Но каждый специалист обязательно должен ощущать себя членом команды. Выполняя свои профессиональные обязанности, работникам программы необходимо исходить из интересов реабилитации в первую очередь. Возникающие в процессе работы ситуации и проблемы межличностного характера необходимо открыто и честно обсуждать и разрешать с участием всех сотрудников.

Вышеназванный способ решения производственных проблем помогает разделить ответственность за принятие решений между разными подразделе-

ниями и службами, что, одновременно, помогает сократить социальную дистанцию между персоналом.

Однако такой коллективный подход в решении проблем работы программы не должен означать отсутствия власти и персональной ответственности каждого за свой участок работы. Один из парадоксов формирования психотерапевтического процесса состоит в том, что цели демократизации и разделения ответственности лучше всего достигаются при «диктатуре доброй воли», осуществляемой харизматическим лидером.

На роль руководителя программы, несомненно, должен быть выбран специалист, который достаточно хорошо ориентируется во всех структурных составляющих программы – психотерапевтической и реабилитационной. Он должен обладать хорошими организаторскими способностями, пользоваться беспрекословным авторитетом и заслуженным уважением персонала и пациентов.

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 др.

К основным задачам руководителя отделения можно отнести:

- а) формирование социально-реабилитационной среды в отделении, мобилизации для этого всех сотрудников программы, т. е. кадровые вопросы;
- б) осуществление мероприятий по поддержанию стабильного состояния

социально реабилитационной среды в подразделении;

в) осуществление мероприятий по поддержанию необходимого уровня защиты личности пациентов и персонала от деструктивных проявлений со стороны больных, не мотивированных на лечение, или неспособных существовать и адекватно функционировать в условиях социо-реабилитационной системы Центра;

г) принятие окончательного решения по неоднозначным, спорным вопросам существования программы, решение вопросов выписки нарушителей режима центра.

Особо следует отметить возможность без последующего нарушения структуры социально-реабилитационной среды вносить таким лидером предложения по временным или единичным отступлениям от правил функционирования отделения. Например, в силу клинической целесообразности, руководитель Центра может оставить пациента даже грубо нарушившего режим, или пациента, неспособного полностью адекватно участвовать в программе реабилитации в силу индивидуальных особенностей.

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.

Для снятия напряжения в социальной структуре программы, возникающего в ответ на описанные выше действия со стороны руководства отделения, необходимо аргументировано объяснять 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 и реабилитационной системе.

Клуб пациентов является еще одним из компонентов формирования реабилитационной среды. После выписки из стационара, пациенты поощряются к поддержанию контактов с сотрудниками Центра.

Для этой цели создан так называемый «Клуб пациентов программы». Главная задача этого образования – облегчить доступ бывших пациентов программы для посещения Центра с целью общения с больными, находящимися на тот момент на лечении в программе, и для консультаций у сотрудников отделения. Контакты с пациентами проходят под контролем социальных работников Центра и протекают по определенным правилам, схожим по своей структуре с так называемыми «спикерскими» собраниями в сообществе АА/АН.

Проходят такие встречи два раза в месяц. На них пациенты делятся опытом своего восстановления по программе «12 Шагов» сообщества АА, АН. Кроме этого участники «Клуба выпускников», могут предложить больным, выписывающимся после реабилитации, «спонсорскую» помощь для более эффективного включения таких пациентов в программу сообщества.

Наиболее интересно и празднично в рамках работы «Клуба выпускников» проходят юбилеи образования программы. Сотрудники Центра оповещают всех, кто раньше проходил реабилитацию и приглашают их на встречу, которая проходит каждый год.

Обычно приходит достаточно большое количество бывших пациентов программы. На общем собрании они рассказывают о своем опыте восстановления, в том числе и по программе АА и АН, о своих жизненных и иных успехах.

Несомненно, такое систематическое функционирование «Клуба выпускников» оказывает огромное психотерапевтическое и реабилитационное воздействие на пациентов Центра.

Одним из недостатков социально-реабилитационной среды является затруднительность положения пациентов, которым не подходит участие в подобной социальной системе. У них практически нет выбора – им остается только покинуть Центр. К таким пациентам относятся в первую очередь социально дезадаптированные лица из группы бомжей и больных имеющих в

анамнезе судимости за уголовные преступления с отбыванием длительных сроков наказания в исправительных учреждениях.

3.5. Терапевтические механизмы групп анонимных алкоголиков и наркоманов

Группы АА и АН выступают как средство для обеспечения контроля, поддержки и понимания

Общество «Анонимные Алкоголики», как и отошедшее от них движения (например, «Анонимные Наркоманы»), служит мощным вместилищем и одновременно могучим преобразователем аддиктивного поведения. Людям, которые отказываются менять деструктивное поведение и отрицают собственную слабость, здесь могут помочь признаться себе в собственной слабости и затем изменить свое поведение. Подобные группы самопомощи работают, не только используя групповое давление для уничтожения вредоносного воздействия — в данном случае наркотика или алкоголя, — но и развивая крайне сложную групповую психологию, которая эффективно адресуется к физиологическим и психологическим детерминантам повторяющегося аддиктивного поведения [6, 8].

АА и АН действуют как контейнер, оказывают контролирующее воздействие, эффективно работая с физиологическими и психологическими факторами, управляющими компульсивным поведением алкоголика. Достоверно доказано, что одной из основных причин, по которым люди вынуждены пить или принимать наркотики, является возникновение аддиктивно-физиологического механизма (т. е. толерантность и физическая зависимость).

Помогая человеку прекратить регулярное употребление химических веществ и, тем самым, устранить физиологическую основу желания употребить алкоголь или наркотики, можно сделать очень многое для преодоления этих пагубных пристрастий. Однако, на таком пути часто приходится сталкиваться с характерной предрасположенностью конкретного человека (у аддик-

тов особенно яркой) к тому, чтобы не позволять себе проявлять слабость именно тогда, когда это особенно необходимо.

Отрицание не единственная защита, к которой прибегают алкоголики и наркоманы. Тем не менее, именно отрицание способно вызвать поистине разрушительные последствия.

Чем больше алкоголики и наркоманы теряют контроль над своей зависимостью, а стало быть, и над жизнью, тем чаще они встают «в позу», убеждая окружающих в обратном. АА и АН весьма изобретательно противопоставляют этой тенденции свои традиции, определяя для членов сообщества основы повседневной жизни, а затем, помогая им признать тот факт, что алкоголик (наркоман) страдает от своей болезни, что он потерял власть над своим пагубным пристрастием к алкоголю (наркотикам) и уже не способен сам управлять своей жизнью.

Выздоровление начинается с проявления заботы о себе и развития отношений внутри своего «Я» и с другим людьми, так как в основе поведения практикующего аддикта лежат отношения между Я и аддиктивной личностью. Отличие этих отношений заключается в разной степени их интимности и честности.

Аддикт не способен на искренность, которая поддерживает здоровое существование «Я». Появление честности по отношению к себе способствует развитию длительных отношений не только с собственным Я, но и с другими людьми. Искренность в отношениях обеспечивает доверие, уверенность, безопасность, на которых основывается выздоровление. Для того, чтобы преодолеть какой-то проблемный барьер, необходима безопасная для Я среда.

Выздоровливающие аддикты создают эту зону безопасности, не закрывая глаза на окружающие их проблемы. Искренность заключается в том, что аддикт диагностирует наличие в себе зависимости. Поэтому, входя в состав анонимных обществ, аддикты представляют себя именно такими, какими они на самом деле являются, честно заявляя, что они наркоманы.

Таким образом, формируются новые отношения с собой и с Другими,

которые признают их как аддиктов. В случае сокрытия человеком наличия у него аддиктивной части личности, аддикт внутри него «растет», захватывая всё большую территорию.

Важным этапом коррекции аддикций является развитие естественных отношений с собой и окружающими. Основой любых отношений является доверие. Однако, нужно понимать, что в структуре доверия присутствует не только личный опыт и рациональные доказательства, но и невербализуемое интуитивное подсознательное чувство.

Отношения с человеком, которому не доверяют, либо чрезвычайно затруднены, либо носят ролевой и поверхностный характер. Доверие развивает способность человека к самооценке, предоставляет ему возможность свободно контактировать с другими.

На принципе доверия построена работа различных программ и групп самопомощи, обращаясь к которым человек получает возможность переживать чувство безопасности, зная, что с ним не произойдет ничего опасного. В группах самопомощи человек релаксирует, его лечат посредством обучения установлению здоровых отношений с другими.

Выздоровление начинается с честного признания болезни и готовности начать формировать внеболезненные отношения. Это трудный и мучительный процесс. Доверительные отношения с другими аддиктами здесь очень важны.

Аддикт может стремиться к получению помощи от семьи, но, чаще всего, там уже сформировались сложные созависимые отношения, препятствующие выздоровлению. Желание получить помощь от друзей, может натолкнуться на их недостаточную заинтересованность в оказании такой поддержки. Стремление к получению поддержки от групп самопомощи дает плодотворные результаты, но только в случае формирования доверительных, искренних отношений. Обращение к религии, если оно носит неформальный характер, а основывается на стимулировании религиозного чувства, может иметь решающее значение.

На встречах с членами анонимных обществ аддикты открыто говорят об опасности, которую они представляли для других. Они делятся своими переживаниями, которые отражают их специфический опыт и, в то же время, близки другим членам группы. Члены различных обществ составляют доброжелательные люди, стремящиеся помочь друг другу, не ожидая от этого никакой выгоды, кроме обычного человеческого уважения.

Члены групп очень наблюдательны, они обращают внимание даже на мелочи в поведении своих согруппников. Постепенно они начинают видеть друг в друге людей с их реальным внутренним миром. Если аддикция строится на деструкции и самообмане, то выздоравливание основано на честности, заботе о себе и о других людях.

Постепенно в группах самопомощи люди обучаются интимному, формальному общению. В этих обществах аддикты находят себе подобных, тех, кого беспокоят такие же проблемы, общие переживания, страхи и неуверенность. Так возникает взаимопонимание, но уже не на уровне аддиктивной реализации территории пивного киоска или бара, или нарко-точки, а на уровне понимания внутреннего мира человека.

Особую значимость в этом процессе начинают приобретать интимные отношения, к которым человек начинает стремиться в силу того, что они его увлекают. Откровенный разговор о своих проблемах способствует возникновению у человека чувства стыда, поскольку его поведение часто противоречит тому, что принято в обществе.

В последствие, во время повторных визитов в группу, человек обнаруживает, что, несмотря на то, что и другие открыто говорят об очень неприятных вещах, теплота межличностных отношений остается. Это приводит к постепенному нивелированию чувства стыда.

У выздоравливающих аддиктов формируется потребность оказывать помощь, вместо того, чтобы односторонне пользоваться только помощью других. Появление стремления к оказанию поддержки окружающим и уход от манипулирования другими играет важное значение в процессе выздоров-

ления. В случае возникновения у выздоравливающего потребности получить какую-либо помощь от другого, которая может быть расценена им как манипулирование, его обучают говорить об этом прямо, формулируя просьбу примерно так: «Я нуждаюсь в твоей помощи, помоги мне, пожалуйста, сделать это».

Члены группы обмениваются друг с другом номерами телефонов и просят звонить, если возникнет проблема, в решении которой они могут помочь. Значение такой поддержки трудно переоценить, так как новые члены группы уже чувствуют себя не изолированными, а входящими в определенное сообщество. У них появляется ощущение собственной значимости, начинает повышаться самооценка, к ним приходит понимание того, что у них есть то, что они могут не только признать в себе, но и поделиться своими соображениями, и это оказывается полезным для других. Они ощущают радость членов группы при встрече с ними.

Постепенно отношения между членами группы становятся все более насыщенными. Люди, участвующие в программах, отмечают появление чувства обновления. Они начинают расширять свое мировоззрение, свое восприятие мира, активно используют самоанализ, от которого уходили ранее в связи с использованием психологической защиты отрицания. У них возникают новые разнообразные интересы, появляется необходимость научиться устанавливать глубокие контакты с людьми.

Программу «12 Шагов» АА и АН 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 и АН, сформулированные в «12 шагах» и «12 традициях», а также в лозунгах АА и АН, делают очень близкими различные классические психотерапевтические методики и эту программу.

У сообщества Анонимных Алкоголиков и Анонимных Наркоманов есть несколько основных инструментов для помощи в выздоровлении членам сообщества:

- в первую очередь это регулярное посещение собраний АА/АН в течение всего периода восстановления;
- во-вторых, систематическое изучение и проработка «12 шагов», «12 традиций» и лозунгов сообщества;
- и, наконец, это работа со «спонсором» (наставником), – человеком, больше и успешнее работающим в программе.

Посещение групповых собраний – неотъемлемая часть процесса работы по программе АА и АН. Основной лозунг сообщества – «90 дней – 90 собраний» новичку предлагается в течение трех месяцев ежедневно посещать группы АА и АН. Эта рекомендация имеет глубокий смысл: именно этот начальный период воздержания наиболее труден для больных алкоголизмом и наркоманией опасен в плане возникновения и развития у них рецидива заболевания.

В этот сложный период больной зависимостью нуждается в наиболее интенсивной помощи и поддержке на пути к выздоровлению. Кроме того, регулярное общение с другими членами АА и АН на этом этапе реализации 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 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 представляются многими психотерапевтическими школами. Главным является возможность получения членом группы «обратной связи» в процессе общения, поддержки от людей, имеющих такие же проблемы, как и у него. В любой группе ее участ-

ник имеет возможность воспринять ценности и потребности других людей, что наиболее показательно в системе АА и АН.

На собраниях («митингах») участник группы АА и АН 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 психологической комфортности и покоя.

Слушая рассказы других участников группы, больные могут узнавать себя в других и 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 своих личностных особенностей.

Нами разработан ряд общих принципов, характерных для психокоррекционных групп:

- облегчение выражения эмоций;
- появление чувства принадлежности к группе;
- возможность, а иногда и обязательность самораскрытия;
- опробование новых видов поведения, как в группе, так и вне ее.
- разрешенное групповое межличностное сравнение или выражение своего мнения по любым вопросам и проблемам, решаемым на группе.

Все эти принципы в полной мере характерны для групповых собраний сообщества АА и АН 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 наличию близких, одинаковых проблем, так как включение в группу лиц с различными проблемами почти неизбежно вызывает напряженность и конфронтацию. Это положение вполне ясно объясняет невозможность и неэффективность работы с больными алкоголизмом и наркоманией в смешанных группах.

Общество АА и АН сильно тем, что объединяет людей с одной общей проблемой – химической зависимостью, что помогает в обеспечении сплоченности группы, взаимопонимания ее членов, объединение вокруг общей проблемы избавления от зависимости.

Множество поддерживающих, активизирующих и управляющих элементов, с которыми наркоманы (алкоголики) сталкиваются с момента включения в программу, обеспечивают структуру и поддержку, которые компенсируют слабость их функций саморегуляции. Афоризмы в работе АА и АН являются источником успокоения и комфорта, в чем больные крайне нуждаются, а пошаговый подход, рекомендации и прямые указания (например, «поддерживай контакты, не теряйся, звони, знакомься с людьми, приходи на встречи, проси помощи» и т. д.) выстраивают последовательную линию развития, обеспечивая человека структурой, способной поддержать и направить его на восстановление собственной жизни, часто разрушенной почти до основания.

Оказывая преобразующее воздействие, АА и АН помогают изменять те части Я, которые отвечают за заботу о его собственной жизни и за управление ею. Д. Мэк [J. Mack, 1981] назвал эту способность человека «самоуправлением» (*self-governance*) и охарактеризовал ее как мультиперсональную психологию «Я – другой».

Движение АА и АН компенсирует характерную для алкоголиков и наркоманов ослабленную или неразвитую способность управлять собой. Оно

бросает вызов мнению аддиктов (и каждого из нас), что человек способен управлять своей жизнью и поведением в одиночку.

Бросая вызов «дефектам характера», которые призваны скрыть недостаток самоуважения и связанные с этим межличностные проблемы, АА и АН эффективно работают с эмоциональной сферой и неспособностью заботиться о себе, побуждая людей делиться историями о том, как они стали жертвой своей пагубной страсти и как теперь возвращаются к нормальной жизни.

Традиция АА и АН рассказывать истории из своей жизни на сознательном и бессознательном уровнях оказывает огромную помощь зависимым больным. Эти истории дают возможность и рассказчику, и слушателям увидеть, каким образом трудности в проявлении эмоций и неспособность позаботиться о себе, становятся причиной их жизненных неурядиц. Рассказывая свои истории, нередко красноречиво и с юмором, зависимые становятся более восприимчивыми, открывают слабость своей сферы саморегуляции и обнаруживают, что их саморазрушающие характерологические защиты порождают значительную часть возникающих трудностей.

Рассказанные истории демонстрируют участникам встречи, что они не способны осознавать, терпеть и выражать свои чувства, но поглощены обстоятельствами своей жизни, окружающими событиями и собственными действиями. Они наглядно показывают характерную реакцию аддиктов: вместо того чтобы признать собственную неспособность управлять своими поступками и ухаживать за собой, они отрицают опасность, выказывают браваду, агрессивность и контрфобические действия. С другой стороны, их истории о выздоровлении показывают, что пациент осознал, как действуют его саморазрушающие защиты, понял собственную слабость и необходимость признать свою болезнь, а также зависимость от других людей как неизбежное и необходимое условие зрелой жизни.

Существенное значение имеет структура ведения собраний групп сообщества АА и АН и выбор их ведущих. Когда групповой процесс имеет хо-

рошо структурированный план, то это снижает у участников тревожность, уменьшает их сопротивление воздействию группы и, таким образом, позволяет им наиболее полноценно 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 и АН. Выделяются, например, «тематические» встречи: изучение отдельных шагов, лозунгов (девизов), традиций и т. д.

Интересный способ анализа группового процесса предложил J. Kelman [Д. Мартин, 1993]. В плане социального развития членов группы решающими для достижения позитивного результата групповой терапии являются три фактора: податливость, идентификация и присвоение, которые в полной мере характерны для групп сообщества АА и АН. В частности, податливость заключается в том, что новые члены сообщества начинают «испытывать» новые способы поведения, получаемые в процессе работы на группах от более опытных в решении своих алкогольных и наркотических проблем людей.

Идентификация проявляется в возможности каждого участника группы АА и АН 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 и АН. Присвоение – это процесс реализации полученных знаний и умений конкретным человеком в реальной жизни, т. е. основное, для чего существует сообщества.

Выделено десять лечебных факторов, характеризующих процесс групповой психотерапии:

- сплоченность;
- внушение надежды;
- обобщение;
- альтруизм;
- предоставление информации;

- множественный перенос;
- межличностное обучение;
- развитие межличностных умений;
- имитирующее поведение;
- катарсис.

Все эти факторы естественно характерны и для групп АА и АН. Рассмотрим подробнее.

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 естественно приведет к распаду группы и даже сообщества АА и АН. Следствие – значительное снижение терапевтического эффекта. Сплоченность сообщества, как основной принцип существования АА и АН и «выздоровления» больных, оговорен в «12 традициях», где основополагающей следует считать Первую Традицию: «Наше общее благополучие должно стоять на первом месте; личное выздоровление зависит от единства АА и АН».

Внушение надежды – это закрепление веры в успешность выздоровления по системе АА и АН и надежды на достижение благополучия. Эти психологические факторы уже сами по себе оказывают психотерапевтическое воздействие, тем более, если они подкреплены живыми примерами 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».

Обобщение. Многие зависимые считают свои личные проблемы уникальными, но, приходя в группу, узнают, что другие люди имеют похожие проблемы, 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 восстановления.

Кроме того, больные, определив у себя какие-либо трудности, «приносят» их для проработки в группу. В процессе общения с другими членами группы многие находят у себя еще ряд проблем, мешающих реабилитации:

Альтруизм – ощущение взаимной необходимости, как старожилов, так и новичков. Не является секретом тот факт, что если в группу АА и АН не привлекаются новые, алкоголь- и наркозависимые, то группа может быстро прекратить реальную активность, что. Это, в свою очередь, может привести к учащению срывов даже у тех, кто имеет большие сроки трезвости. Поэтому альтруизм – это важный элемент взаимодействия членов группы, без которого невозможно личное выздоровление.

Предоставление информации – это возможность и необходимость обмена информацией относительно способов преодоления проблем, существующих в жизни зависимого. Для подобного обмена информацией определяются темы для обсуждения на группах, которые либо выбираются большинством участников «встречи», либо планируются заранее.

Множественный перенос. Между участниками группы с течением времени складываются отношения, которые могут походить на те же формы взаимодействия 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 и работе в группе эти отношения оцениваются, что приводит к более свободному, лишенному патологических стереотипов межличностному общению больного и окружающих его людей, как на собраниях групп, так и вне них.

Межличностное обучение. В группах АА и АН каждый участник ана-

лизирует испытываемые им положительные и отрицательные эмоции; апробирует новые формы (способы) поведения среди «трезвых алкоголиков и чистых наркоманов». В дальнейшем, это позволит перенести ему многие из этих опробованных на группе действий и суждений на жизнь вне группы, для установления полноценных социальных связей с окружающими людьми.

Без наличия подобного обучения посещение собраний АА и АН не приносило бы того результата, который дает эта Программа, т. е. не достигалась бы полная адаптация больных к жизни в существующем социуме, имеющем свои как положительные, так и отрицательные стороны.

Развитие межличностных умений. В процессе работы в группах больные совершенствуют свое умение общаться. Человек, до прихода в группу с трудом выражавший свои мысли, в процессе группового общения учится говорить коротко, ясно, понятно и 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 играет необходимость соблюдения ритуалов представления самого больного и «проговаривание» (донесение) своих мыслей по теме, разбираемой на группе.

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 накапливают опыт многих людей, посещающих группы АА и АН.

В дальнейшем выздоравливающий в состоянии экспериментировать и самостоятельно использовать весь имеющийся у него арсенал проработанных

на группах форм адекватного поведения в повседневной жизни. Такая «технология» позволяет наиболее быстро добиться социальной реабилитации.

Катарсис. Проработка в группах «неприемлемой» потребности в ПАВ, сосредоточение внимания на ранее не вскрытых и не проанализированных эмоциях таких, как чувство вины или враждебности, приводит к психологическому очищению, облегчению и освобождению. Это переживание испытывают многие члены АА и АН после окончания собраний.

Кроме того, важно отметить особую пользу такого катарсиса в группе, проявляющегося в усилении сплоченности группы и сообщества АА и АН в целом, в результате интенсивного множественного межличностного взаимодействия в безопасном, принимающем полном эмпатии окружении.

Групповая помощь является одним из лучших средств решения личностных проблем на первых этапах становления трезвости. Группа помогает формировать ему адекватное самосознание, разрушать механизм самообмана, создавать новую самоидентификацию и подкреплять мотивацию его трезвости. Основная часть программы «12 Шагов» направлена именно на такое распознавание самого себя. Большинству зависимых этого оказывается вполне достаточно, чтобы выйти на достаточно адекватный уровень самооценки.

Традиции создаются и отстаиваются членами группы, в результате чего образуется единство сообщества Анонимных Алкоголиков и Наркоманов. Это создает защиту и гарантию безопасности личности больного, нацеленного на процесс выздоровления.

Духовное пробуждение способствует возврату к собственному неадеквативному Я. Такие формы реакции как сокрытие, обман, отрицание, проекция вины вызывают протест и воспринимаются как чуждые, эгодистонические. В процессе общения в группе человек приобретает умение чувствовать себя достаточным, счастливым наедине с собой, получая от этого комфорт и умиротворение. Размышления о прежней жизни, анализ потерянных в результате аддикции отношений способствует выработке мотива-

ции на формирование новых, здоровых, эго – синтонических отношений.

Значение добровольного рассказа аддиктов о своих прошлых проблемах проявляется в признании, осознании и прочувствовании силы аддикции, который живет в человеке. Рассказ о вреде, который причинил аддикт другим людям, также очень важен, так как осознание приводит к пониманию того, что врага нельзя любить, но нельзя и не уважать. Важно понимать значение преодоления аддикции, умения фиксироваться не на «завтрашнем» успехе, характерном для длительной проекции, а на успехе сегодняшнего дня. Каждый день успешного воздержания от аддиктивной реализации оценивается как успех, победа над собой, которой он может и должен гордиться.

Процесс выздоровления от аддикции носит осциллирующий характер: периоды улучшения сопровождаются периодами ухудшения и, наоборот. В момент активного прорыва аддиктивного поведения возникают кризисные состояния. В такие периоды аддикт особенно нуждается в помощи, в социальной поддержке, в использовании уже сформировавшейся системы отношений.

3.6. Психотерапевтическая работа с созависимыми семьями

Программа коррекции аддиктивного поведения не может претендовать на эффективность, если в ней не будет представлен персонализированный подход, ориентированный на конкретного аддикта и его семью. Акцент на значимости данного положения чрезвычайно важен уже на начальном этапе коррекции, так как даже страдающие одной и той же формой аддикции зависимые отличаются друг от друга степенью развития этой зависимости. Так, например, один из них может полностью отрицать наличие проблемы, в то время как другие осознают этот факт в той или иной степени [17].

У одних пациентов аддикция развивалась на основе достаточно спаянной когезивной идентичности, когда их жизнь была сбалансированной и успешной. Причиной аддикции других стали нарушения психосоциального развития личности, например, «преждевременное достижение» идентично-

сти, «диффузная идентичность» [В.Н. Мясищев, 1979]. Одни аддикты перенесли в прошлом, например, в детском или подростковом периоде, серьезную психическую травму и были жертвами психического и/или физического насилия, а другие воспитывались любящими и заботящимися о них родителями.

Учитывая достаточно существенное влияние близких родственников больного на создание определенной 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. Соответственно, если пациент направляет усилия на становление трезвого образа жизни, не учитывая возможную заинтересованность в этом членов своей семьи, он, скорее всего, не будет испытывать эмоциональное потрясение в период становления ремиссии, осознав, что его личная трезвость и нормализация жизни родственникам мало интересны.

Проработка подобных ситуаций часто осуществляется и на сеансах групповой психотерапии с пациентами, особенно по возвращению в реабилитационный центр после отпусков, необходимых им для адаптации в семье. Разбор на группах проблем, возникших в результате взаимодействия пациентов с родными и близкими в новых для них условиях, помогает зависимым, в дальнейшем, более адекватно строить отношения с родными и реагировать на возникающие, в связи с таким внутрисемейным общением, стрессы.

Члены семьи аддикта всегда участвуют в процессе, выступая, обычно, в роли созависимых, использовавших в течение более или менее длительного времени различные самостоятельные стратегии «борьбы» с аддикцией (чаще всего, стратегии контроля или защиты, реже-конкуренции [В.Н. Мясищев, 1995]).

Члены семьи аддикта могут руководствоваться различными мотивациями, например: чувством лояльности, желанием помочь аддикту; чувством личной ответственности за возникшую аддиктивную проблему. Тем не менее, возможны и другие, не всегда полностью осознаваемые мотивации,

например, такие, как желание доминирования над аддиктом; сохранение позиции незаменимого помощника, осуществляющего постоянную заботу. В некоторых случаях члены семьи аддикта испытывают страх потери социального лица, предпринимают интенсивные усилия, направленные на сокрытие проблемы от окружающих, и поэтому не прибегают к внешним источникам помощи.

Коррекционная работа с аддиктом должна включать семейные подходы. Эффективное проведение последних требует выявления применяемых в семье стратегий и объяснения их несостоятельности в качестве антиаддиктивных активностей. Следует иметь в виду, что используемые при этом методы контроля включают физическое препятствие аддиктивной реализации, слежку за аддиктом, лишение его возможности употребления алкоголя или наркотика [16].

Контроль распространяется на деньги, зарабатываемые аддиктом и на большинство его социальных контактов. Анализ результатов контроля демонстрирует его отрицательные последствия как для самого аддикта, так и для осуществляющих его созависимых членов семьи. Контроль вызывает у аддикта озлобленность и стимулирует использование психологической защиты в виде проекции проблемы на производящего контроль члена семьи: «мою свободу ограничивают, это унижает меня, я расстраиваюсь и поэтому выпиваю (колюсь)», «какое он/она имеет право вмешиваться в мою жизнь, относиться ко мне как к неполноценному или ребёнку» и др.

Опыт показывает, что подвергающиеся контролю аддикты иногда воспринимают эту процедуру как своеобразную игру и начинают принимать в ней участие, руководствуясь призывом: «попробуй, поймай меня». В процессе такой игры аддикт постепенно совершенствует и отшлифовывает навыки ухода от контроля, различных способов обмана, что стимулирует продолжение аддиктивных реализаций.

В игру ухода от контроля могут включаться другие аддикты, знакомые аддикта, оказывая ему поддержку и создавая иллюзию глубокого эмоцио-

нального понимания. Аддикт не понимает (не хочет понимать) крайне поверхностного характера такой поддержки и противопоставляет отношения в аддиктивной группе отношениям с членами семьи и людьми, действительно старающимися ему помочь.

Отрицательные последствия контроля для самих контролеров связаны, прежде всего, с большой затратой энергии, времени и тем, что эти затраты не приводят к положительным результатам. Раньше или позже они заканчиваются поражением, что болезненно воспринимается членами семьи, осуществляющими контроль. У них возникают чувства отчаяния и вины из-за недостаточности предпринятых усилий, обостряется отрицательное отношение к аддикту, учащаются конфликты.

Стратегия протекции связана с попытками ослабить насколько возможно отрицательные социальные последствия аддиктивного поведения, спасти социальное лицо аддикта и, тем самым, сохранить социальный имидж семьи. Созависимые члены семьи формируют психологические защиты отрицания и рационализации, стараясь не видеть всего того, что происходит, не задумываться о реально складывающейся ситуации, её дальнейшем развитии и последствиях [13].

Созависимые лица стараются действовать по принципу: «нельзя выносить сор из избы», «если другие не будут слишком много знать о происходящем, ничего плохого не случится». Таким образом, часто аддикция становится особым, тщательно оберегаемым семейным секретом, что объективно приводит к изоляции, лицемерию, избеганию любого серьёзного обсуждения проблемы даже внутри аддиктивной семьи, действующей по принципу: «не будите спящую собаку».

Рационализация аддиктивной проблемы созависимыми членами семьи может принимать различные формы. Так, например, акцентуируются и переоцениваются положительные качества аддикта (обычно с ориентацией на доаддиктивное состояние) с целью отвлечь внимание от неприемлемого аддиктивного поведения. Вспоминаются периоды времени, когда совместная

жизнь была более гармоничной и комфортной. Используются оправдания поведения аддикта его плохим состоянием здоровья, слабостью воли, подверженностью влиянию «плохих людей», несправедливостью, неудачным браком и др.

Стратегия протекции объективно ухудшает течение аддиктивного процесса. Аддикт чувствует себя всё более безнаказанным в надежде на поддержку со стороны созависимого члена/членов семьи, убеждает себя в том, что его аддиктивная проблема действительно связана только с неблагоприятными внешними обстоятельствами. Такая внешняя референтность для него субъективно более приемлема и уменьшает возможность критического самоанализа.

Стратегия конкуренции основывается на характерном для аддикта нарушении межличностных отношений с наиболее близкими людьми, которым аддикт уделяет всё меньше времени. Процесс пренебрежения нарастает и вызывает ответную реакцию. Созависимые жена/муж стараются изменить ситуацию, вернуть её к прежнему состоянию, заставить аддикта стать в отношениях таким, каким он был раньше. Аддикту как бы предлагают выбор: «кого ты любишь больше: меня или наркотик, алкоголь, работу, азартную игру».

Стратегия конкуренции не приводит к положительным результатам на длинную дистанцию. Она, по существу, основана на вызывании у аддикта чувства вины и ностальгических переживаний. Здесь не учитывается то обстоятельство, что личность аддикта, как правило, уже изменена и в его поведении преобладают паттерны, свойственные аддиктивной личности.

Отрицательные эмоциональные переживания, связанные с чувством вины, оказываются для него непереносимыми, превышая низкий порог толерантности и автоматически стимулируют желание как можно быстрее избавиться от них путем использования единственно надежного способа – ухода в аддиктивную реализацию.

К этому следует добавить, что стратегия конкуренции сочетается с бес-

конечными придирками, упреками и обвинениями аддикта в промежутках между аддиктивными реализациями.

Таким образом, объективно создается благоприятный психологический климат для дальнейшего прогрессирования аддиктивного процесса.

Члены семьи аддикта в процессе коррекции должны получить информацию об упомянутых, наиболее часто используемых, непрофессиональных самостоятельных стратегиях и получить возможность проанализировать в этом аспекте сложившуюся в их семьях ситуацию. Положительное значение имеет обмен опытом различных семей.

В процессе совместного анализа выясняется, что у созависимых членов семьи уже сформировалась чувство неудовлетворённости своим поведением, но что-то мешает им его изменить. Выясняется, например, что созависимый член семьи боится отказаться от прежней стратегии, считая это предательством по отношению к аддикту, нарушением семейной солидарности, снятием с себя ответственности и т. д. Важно показать, что подобные рассуждения основаны на самообмане и в действительности мешают самой возможности эффективного вмешательства.

В ситуации прекращения контроля и исчезновения «насильственной» протекции создаются условия для создания аддиктом внутренних механизмов сопротивления аддикции, восстановлением контроля над аддиктивными реализациями, компульсивностью и другими признаками аддиктивного процесса.

Лишившись «статуса наибольшего благоприятствования», который создавался ошибочными стратегиями, аддикт получает шанс задуматься над тем, что с ним происходит. Членам семьи аддикта необходимо осознать непродуктивность взятия на себя ответственности за поведение другого, даже наиболее близкого, взрослого человека. Такую ответственность может брать на себя только он сам.

В то же время члены семьи аддикта имеют возможность позитивно влиять на сложившуюся ситуацию указывает в этом контексте на значение

формирования в семье атмосферы, максимально некомфортабельной для продолжения аддиктивных реализаций, и стимулирующей аддикта начать лечение. Анализируя алкогольные и наркотические аддикции, автор советует меньше акцентировать внимание на прекращении употребления алкоголя или наркотика, а больше – на убеждениях начать необходимое лечение.

Прекращение активностей, связанных с ошибочными стратегиями противодействия аддикции, высвобождает у членов семьи аддикта энергию и время, позволяют им, наконец, подумать и позаботиться о себе и семейных проблемах, оказать более реалистичную и действительно нужную помощь и поддержку при проведении лечения.

Порой, задача привлечения родственников пациентов реабилитационного центра к вышеназванной работе является достаточно сложной. Несмотря на все объяснения и договоренности со специалистами программы, большинство их все же избегают ходить на консультации и не пытаются получить информацию о том, какова их роль в процессе восстановления от зависимости их близкого.

Персоналу Центра важно привлечь родных и близких пациента к предусмотренным для них занятиям и вовлечь их в процесс реабилитации через определенные поставленные условия: встречи с больным разрешаются только в том случае, если родственники посещают необходимые лечебные мероприятия, предусмотренные работой семейного блока в Центре. В противном случае, персонал Центра выполняет свою работу и дает информацию родным пациента о том, что вся ответственность за результат их непосещения полностью лежит на них.

Поскольку химическая зависимость – это семейная болезнь, больна вся семья (физически, психологически, духовно), соответственно, ее выздоровление (восстановление) должно начинаться с каждого члена семьи. Каждый член семьи должен захотеть измениться, иначе выздоровление самого пациента продвигается намного медленнее, осложняясь влиянием деструктивных личностных образований, принятых в его семье.

Когда говорят о низкой эффективности лечения наркомании, часто упоминают о том, что причина лежит в возвращении наркомана в старый круг общения. Это действительно так, поскольку он возвращается, прежде всего, в свою семью!

В большинстве случаев родные готовы к сотрудничеству, пускай не сразу, не с первой встречи, а порой и не с первой реабилитации больного. Часто родители на первых семейных встречах либо винят во всем себя в том, что их родной человек – наркоман, либо полностью переключают ответственность за заболевание на самого зависимого, считая, что проблема только в нем самом, что причина их тяжелого эмоционального и физического состояния кроется в больном родственнике.

Однако, несмотря на названные выше проблемы, все же следует четко доносить до родственников больного зависимостью мысль, что результат лечения пациента во многом зависит и от соблюдения ими 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, не соблюдать определенные правила общения с больными, то, скорее всего, все успехи, достигнутые пациентами во время лечения в Программе, в постреабилитационный период могут быть сведены к нулю, в основном, из-за неправильного поведения именно близких зависимого.

Основная работа с родственниками ведется сотрудниками Центра по двум направлениям:

1. Предоставление информационного материала.

Цикл лекций состоит из двух информационных блоков, объединенных общей тематикой. Один из информационных блоков посвящен теме био-психо-социо-духовных нарушений, которые происходят у больных в процессе развития их заболевания. Второй блок направлен на предоставление основ знаний о нарушениях в социальной системе самих больных, так и их родственников и друзей. Такие занятия проводятся в виде тренингов.

Огромное внимание уделяется тому, что может помочь близким больных алкоголизмом или наркоманией конструктивно изменить сложившуюся патологическую социальную систему.

2. Индивидуальная и групповая консультативная или психотерапевтическая работа с родственниками пациентов Центра.

Индивидуальная и групповая работа ведется по тем же принципам, что и подобная работа с пациентами. Цель данной работы: помочь членам семьи алкоголика или наркомана получить навык определять свои чувства, адекватно их выражать, и ограждать себя от патологического воздействия на их личность проявлений болезни зависимого от ПАВ человека; наработать способы конструктивного изменения патологической семейной системы взаимоотношений, особенно в плане личного участия в ней. Работа на сессиях индивидуальной психотерапии направлена на преодоление системы отрицания, осознание личностных проблем, намечаются пути их решения.

Для самостоятельной работы выдаются домашние задания следующего направления:

Арт-терапия.

Такое направление является средством свободного самовыражения и самопознания. Оно имеет «инсайт-ориентированный» характер; предполагает атмосферу доверия, высокой терпимости и внимания к внутреннему миру человека и основано на мобилизации творческого потенциала человека, внутренних механизмов саморегуляции и исцеления. Кроме этого, оно отвечает фундаментальной потребности в самоактуализации – раскрытию широкого спектра возможностей человека и утверждения им своего индивидуально-неповторимого способа бытия.

Аутотренинг.

Освоение техник релаксации, медитации предоставляет один из инструментов управления настроением, позволяет осознать и ощутить контакт с «Высшим Я».

Если члены семьи пациента участвуют в вышеназванных программах, прогноз эффективности лечения более благоприятный.

В целом, программа преодоления созависимости включает в себя компоненты образования по вопросам зависимости от психоактивных веществ и созависимости; дает представления о семье, как системе; предусматривая тренинг и освоение навыков здоровых взаимоотношений на основе уважения других; учит способам реагирования чувств, выражения любви к детям и другим членам семьи. Данная программа сочетается с программой групповой психотерапии с сеансами индивидуальной психотерапии, супружеской и семейной психотерапии, посещения групп «АА/АН», а также чтение литературы по затрагиваемым вопросам.

В лечебных центрах США такие семейные программы являются стационарными, участники заняты с 8 часов утра до 22 часов. Ежедневно используются следующие виды активности: лекции специалистов и выздоравливающих больных, групповые обсуждения в малых группах, освоение Программы «12 шагов», видеофильмы, индивидуальное консультирование, работа с литературой, участие в тестировании, ведение дневника чувств.

Наш собственный опыт оказания помощи созависимым охватывает формы работы: лекции, индивидуальное консультирование, семейное консультирование, индивидуальная и групповая психотерапия, арт-терапия. Практикуется ведение дневника, выполнение домашних заданий, чтение рекомендуемой литературы. Психотерапевт рекомендует и поддерживает посещение групп самопомощи.

Большое значение в эффективности коррекции имеет изменение самооценки как аддикта, так и созависимых членов его семьи, осознание внутренних резервов, нереализованного потенциала.

Квалифицированные специалисты способны помочь обнаруживать подавленные скрытые положительные качества самого аддикта и человека, находящегося с ним в наиболее значимых отношениях. Эти положительные качества, например, созависимой жены аддикта могут обнаруживаться в са-

мозабвенных стараниях найти какой-то способ справиться с ситуацией, преодолеть кризис, заставить аддикта прекратить или смягчить аддиктивные реализации.

Несмотря на то, что выбор первоначальной стратегии был неадекватным, будет правильно наряду с демонстрацией и объяснением его ошибочности, проявлять уважение к стратегиям и поддерживать заинтересованность членов семьи в осуществлении профессиональной помощи.

В процессе успешной коррекции положительные изменения происходят как у аддикта, так и у созависимого члена семьи, который становится более самостоятельным, избавляется от страхов различного содержания, в том числе (что очень важно), от страха быть оставленной/ оставленным аддиктом в случае избавления его от аддиктивной проблемы.

Подводя итог выше изложенному, можно сказать, что социальная реабилитация – это наиболее оптимальный путь решения проблемы химической зависимости. И задачей всех специалистов, работающих в этой области, является создание, развитие и совершенствование подобных терапевтических программ, включающих всестороннее изучение личности наркозависимого, что обеспечит эффективность психокорректирующих мероприятий и всего реабилитационного процесса в целом.

Список литературы

1. Абульханова-Славская К.А. Стратегия жизни. – М.:Наука, 1991. – 314 с.
2. Айзенбах-Штангль И. Движение Анонимные Алкоголики //Вопр. Наркологии. – 1996. –№ 3. – 47 с.
3. Бабаян Э. А. Современные подходы к химической зависимости /Э. А. Бабаян, М. Х. Гонопольский. – М.: Медицина, 1987. – 195 с.
4. Барцалкина В. В. Программа духовного развития «12 Шагов» в практике лечения алкоголизма //Мир психологии и психология мира. – 1994. – №1. – 155 с.
5. Батищев В. В. 12-шаговые групповые программы в клинике алкоголизма // Вопр. наркологии. – 1998. – № 2. –С.20-26.
6. Батищев В. В. Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от ПАВ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение /В.В. Батищев, Н.В. Негериш. – М.: Наука, 2001. – 221с.
7. Батищев В. В. Миннесотская модель лечения больных зависимостью от психоактивных веществ /В.В. Батищев, Н.В. Негериш //Вопросы наркологии. – 1999. – № 2. –С. 54-59
8. Батищев В. В. Основные принципы построения программы терапии зависимостей /В.В. Батищев, Н.В. Негериш // Алкогольная болезнь. – 1999. № 2. – С. 31-38.
9. «Белая книга» – 12 шагов Анонимных Наркоманов. – Ангарск: Перекресток, 2009. – 94 с.
10. Берн Э. Трансактный анализ и психотерапия /Э. Берн. – СПб.: Братство, 1992. –224 с.
11. Воронович Б. Терапевтическая программа отделения отвыкания от алкогольной зависимости и роль в ней бывших больных алкоголизмом //Вопросы наркологии и психиатрии. – Кустанай, 1991. – № 4. – С. 76-79.
12. Двенадцать Шагов и Двенадцать традиций.– Нью-Йорк, 1989, 2000.–128 с.
13. Емельянова Е. В. Кризис в созависимых отношениях /Е.В. Емельянова. – СПб. : Речь, 2004. – 439 с.
14. Иванова Е.Б. Как помочь наркоману /Е.Б. Иванова. – СПб.: Невский диалект, 2001. – 142 с.
15. Морли С. Методы когнитивной терапии и тренинга социальных навыков /С. Морли, Дж. Шефферд, С. Спенс. – СПб: Феникс, 1996. – 241с.
16. Москаленко В.Д. Лечение созависимости //Современные направления психотерапии и их клиническое применение: 1-я Всерос. учеб.-практ. конф. по психотерапии: материалы. – М., 1996. – С. 47-48.
17. Москаленко В.Д. Созависимость: характеристики и практика преодоления //Лекции по наркологии. – М., 2000. – С. 365-405.
18. Мясищев В.Н. К вопросу теории психотерапии /Ред. В.Е.Рожнов.- Ташкент: Медицина, 1979. – 179 с.

19. Негериш Н.В. Основные принципы и приемы проведения групповой психотерапии больных зависимостью от ПАВ / Вопросы наркологии. – 1999. – № 2. – С. 23–35.
20. Ожегов С.И. Словарь русского языка. Изд. 12-е стереотип /Под ред. д-ра филолог. наук проф. Н.Ю. Шведовой. – М.: «Русский язык», 1978. – 846 с.
21. Портнов А.А., Пятницкая И.Н. Клиника алкоголизма. – Л.: Медицина, 1971. – 368 с.
22. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании /Под ред. С.В.Березина, К.С. Лисецкого.- Институт Психотерапии, 2001.- 256с.
23. Пятницкая И.Н. Наркомании: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1994. – 544 с.
24. Руководство по аддиктологии /Под общ. ред. В.Д. Менделевича. – СПб.: Речь, 2007. – 768 с.
25. Симатова О.Б. Психология зависимости: Учебное пособие. – 3-е изд., стер. – Чита, 2007. – 304 с.
26. Старшенбаум Г.В. Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей. – М.: Когито-Центр, 2006. – 367 с.
27. «Системокванты» физиологических процессов / К. В. Судаков [и др.]. – М.: Международный гуманитарный фонд арменоведения, 1997. – 152 с.
28. Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация /Под ред. А.Я. Гриненко. Серия «Мир медицины» - СПб.: Издательство «Лань», 2000. – 368 с.
29. Ярославцева И.В. Рерке В.И. Профилактика наркомании и токсикомании в молодежной среде Учебно-методическое пособие /Изд.2. – Иркутск: ООО ПИФ «Круг», 2010. - 116 с.
30. Ярославцева И.В. Рерке В.И. Выбор за тобой! Профилактика наркомании и токсикомании в молодежной среде Пособие для студентов /Изд.2. – Иркутск: ООО ПИФ «Круг», 2010. - 52с
31. Ярославцева И.В. Рерке В.И. Профилактика табакокурения в молодежной среде Учебно-методическое пособие /Изд.2. – Иркутск: ООО ПИФ «Круг», 2010. - 64 с.
32. Ярославцева И.В. Рерке В.И. Выбор за тобой! Профилактика табакокурения в молодежной среде Пособие для студентов /Изд.2. – Иркутск: ООО ПИФ «Круг», 2010. - 28с.
33. Mack J. E. Alcoholism, A. A. and the governance of the self. Approaches to the Understanding and Treatment of Alcoholism / J. E. Mack ; ed. M.N.E. Zinberg. – N. Y.: Free Press, 1981. – 328 p. P. 128–162.