

Геннадий
СТАРШЕНБАУМ

БИБЛИОТЕКА
УСПЕШНОГО
ПСИХОЛОГА

НЕ ЗАВИСИМОСТЬ



КАК ИЗБАВИТЬСЯ
ОТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ
ИЛИ ХИМИЧЕСКОЙ
ЗАВИСИМОСТИ



Геннадий Владимирович Старшенбаум
НеЗависимость. Как
избавиться от психологической
или химической зависимости
Серия «Библиотека
успешного психолога»

текст предоставлен правообладателем

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=35743503

*Геннадий Старшенбаум. НеЗависимость. Как избавиться от психологической или химической зависимости: АСТ; Москва; 2018
ISBN 978-5-17-109634-2*

Аннотация

Зависимости – это не приговор, но серьезная и деликатная проблема, и для ее решения нужен компетентный помощник. Перед вами книга, в которой известный отечественный психотерапевт Г. В. Старшенбаум обобщает полувековой опыт работы с проблемами зависимости у своих клиентов.

Книга содержит практические рекомендации по распознаванию химических и поведенческих зависимостей, установлению их причин, эффективному лечению. Дается детальное описание диагностики и терапии зависимого

поведения, приводятся случаи из личной практики. Автор предлагает множество несложных тестов и практических упражнений, позволяющих определить вид и степень зависимости.

Рекомендуется психологам, психотерапевтам, наркологам и сексопатологам, студентам и преподавателям гуманитарных вузов, а также всем тем, кто интересуется проблемами зависимого поведения.

Настоящее издание не является учебником по медицине. Все рекомендации должны быть согласованы с лечащим врачом.

В формате a4.pdf сохранен издательский макет.

Содержание

Бегом от себя	9
Авторская классификация аддикций	14
Нервная почва для цветов зла	19
Биологические механизмы аддикций	19
Воспитание аддикта	24
Психология аддикта	26
Диагностика и психотерапия аддиктов	32
Диагностические критерии аддиктивного расстройства	32
Принципы психотерапии	45
Групповая терапия	56
Конец ознакомительного фрагмента.	60

Геннадий Старшенбаум

НеЗависимость.

Как избавиться от психологической или химической зависимости

Макет подготовлен редакцией



© Старшенбаум Г., 2018

© ООО «Издательство АСТ», 2018

Все права защищены.

Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.

«Я надеюсь, что эта книга поможет вам разобраться с поведением зависимости и понять, что с ними желать».



От редакции

Эта книга написана Г. В. Старшенбаумом, психотерапевтом-практиком, имеющим многолетний опыт работы с проблемой зависимости у своих клиентов.

Есть ли ответ на вопрос: «Можно ли раз и навсегда исключить зависимости из своей жизни, из жизни близких или пациентов?» Мы думаем, что ответ есть, и он положительный, – да, можно! В этой книге содержится множество примеров тому.

Как на самом деле помочь человеку, страдающему от зависимостей? Нужно начать действовать, укрепить свои знания, попробовать разобраться в том, что движет зависимым человеком, проанализировать ситуацию по возможности с холодным сердцем, и, пусть маленькими шажками, постепенно, используя конкретные практические рекомендации, помочь человеку вернуться к нормальной, свободной от зависимостей жизни, стать Не-зависимым.

И сказал змей жене: подлинно ли сказал Бог: не ешьте ни от какого дерева в раю?

И сказала жена змею: плоды с дерев мы можем есть, только плодов дерева, которое среди рая, сказал Бог, не ешьте их и не прикасайтесь к ним, чтобы вам не умереть.

И сказал змей жене: нет, не умрете; но знает Бог, что в день, в который вы вкусите их, откроются глаза ваши, и вы будете, как боги, знающие добро и зло.

И увидела жена, что дерево хорошо для пищи, и что оно приятно для глаз и вожделенно, потому что дает знание; и взяла плодов его, и ела; и дала также мужу своему, и он ел.

...И сказал Господь Бог: вот, Адам стал как один из Нас, зная добро и зло; и теперь как бы не простер он руки своей, и не взял также от дерева жизни, и не вкусил, и не стал жить вечно.

И выслал его Господь Бог из сада Едемского, чтобы возделывать землю, из которой он взят. И изгнал Адама, и поставил на востоке у сада Едемского херувима и пламенный меч обращающийся, чтобы охранять путь к дереву

жизни.

Бытие. Гл. 3

Бегом от себя

Тот азарт, с которым люди гонятся за наслаждением, и есть лучшее доказательство того, что они не в состоянии его обрести.

Г. Честертон

Современный образ жизни отрывает человека от природы, городская суэта сбивает настройку его биологических ритмов, профессиональные требования перегружают информацией. Это способствует перевозбуждению левого полушария головного мозга и подавлению правого. Человек пытается затормозиться и восстановить утраченный баланс.

Чтобы слишком натянутые нервы не лопнули, их надо расслабить или отключить. Можно тупо переключать телепрограммы, бесконечно переходить от сайта к сайту в Интернете, прокручивать ленту соцсети, часами пялиться на поплавки на рыбалке, балдеть под убаюкивающую музыку, механически вязать. Некоторые на автомобиле нарезают круги по кольцевой – но это уже похоже на вращение барабана револьвера в русской рулетке. Есть риск убить не только время.

Ослабевшие нервы надо подтянуть, подстегнуть. Нужны возбуждающие ситуации, в которых выплескивается адреналин. Это ночные клубы, стрип-бары и рестораны. Азартные игры в казино, с игровым автоматом или компьютерными врагами. Истерики и насилие в семье, хулиганство, погромы

скинхедов и футбольных фанатов. Табак и спиртное, кофе и таблетки, травка и игла...

Зависимость имеет характерные признаки: огромное количество времени, уделяемого объекту зависимости; использование его чаще, чем обычно принято; стремление (или многократные и безуспешные попытки) сократить общение с ним; отказ ради него от исполнения своих обязанностей; уход в себя при отказе от контактов с данным объектом зависимости.

Так живут **аддикты** (лат. *addictus* – приговоренный за долги к рабству; англ. *addiction* – пагубная, порочная склонность). Жизнь кажется аддикту серой и однообразной, поэтому он нуждается в острых ощущениях. Чтобы вызвать сильные эмоции, аддикт чрезмерно фиксируется на определенных видах деятельности или принимает психоактивные вещества.

В основе аддиктивности лежат неудовлетворенные базовые потребности человека:

- а) любовь и чувство принадлежности;
- б) стремление к власти;
- в) необходимость быть свободным;
- г) стремление к получению удовольствия.

Неспособность удовлетворить эти потребности вызывает

у человека чувство неполноценности. Аддикция помогает человеку уйти от своей неполноценности в эйфорию. Способы достижения эйфории могут быть разными, но в любом случае, чтобы достигать ее, нужны все более острые ощущения. Это приводит к нарастающему реальному ущербу, чувство неполноценности усиливается, а вместе с ним увеличивается и потребность в аддикции. Выйти из этого порочного круга можно, лишь повысив самооценку новым, конструктивным образом. Однако самостоятельно аддикт к этому, как правило, не способен.

В школьные годы на базе потребностей в социализации нередко формируются социальные аддикции (к учебе или работе и принадлежности к группе, к власти, зависимость от соцсетей в Интернете, от гаджетов, аддикция к импульсивной трате денег и накопительству). В юношеском возрасте могут возникнуть духовные аддикции (духовные поиски, идейный фанатизм).

При этом мотивацией аддикта являются положительные эмоции. Вначале аддикт стремится испытать эти чувства, а затем ему необходимо, чтобы они им овладели, то есть превратились в аффект, когда воля концентрируется на единственной цели – испытать экстаз. Чтобы поддерживать требуемую интенсивность чувств, необходимо продлевать время такого акта, совершать его чаще, вводить различные препятствия и риск.

При невозможности реализовать увлечение наступает аб-

стинентное состояние. Аддитивное поведение происходит уже не ради эйфории, а ради избавления от симптомов абстиненции. Остальные интересы постепенно ослабевают и утрачиваются. Как и при химической аддикции, человек теряет социальные связи и деградирует.

Постепенно круг интересов сужается на доминирующей аддитивной потребности, заостряются преморбидные личностные расстройства, обедняются межличностные отношения, возникают семейные и профессиональные конфликты, аддикт совершает аморальные и асоциальные поступки.

Аддикты зачастую применяют психоактивные вещества (**ПАВ**) для того, чтобы компенсировать свое состояние или отреагировать те чувства, которые они обычно подавляют.

Основные причины употребления ПАВ:

- ◆ влияние культуры, разрешение общества, доступность, социальное подкрепление, давление сверстников;
- ◆ зависимая личность, низкая самооценка, уход от реальности, расчет лишь на поддержку извне, неспособность увидеть альтернативы ПАВ, импульсивность;
- ◆ ухудшение провоцирующей ситуации, самолечение, подавление стресса и боли, бунт, скука, развлечение и любопытство;
- ◆ биохимическая предрасположенность, моментальное удовольствие, эйфория, привычка, физическая зависимость, подкрепление интоксикации.

Вещества, с которыми связаны химические аддикции, условно делятся на три большие группы:

◆ **стимуляторы** (кокаин, амфетамины, кофеин, никотин);

◆ **депрессанты** (алкоголь, опиоиды, барбитураты, транквилизаторы);

◆ **галлюциногены** (каннабиоиды, мескалин, ЛСД, летучие растворители – ингалянты).

К нехимическим (поведенческим) аддикциям причисляют различные формы компульсивного и импульсивного поведения, используемые для ухода от межличностной интимности. Аналогами зависимости от *стимуляторов* служит стимуляция инстинктов (переедание, сексомания и коммуникативные аддикции); от *депрессантов* – подавление потребностей (голодание, компульсивная аутоагрессия, работоголизм и вещизм); от *галлюциногенов* – уход от реальности (азартные игры – гемблинг, интернет-зависимость, телемания и фанатизм).

Авторская классификация аддикций

Химические аддикции: к алкоголю, седативным, снотворным и противотревожным средствам (опиатам, барбитуратам, транквилизаторам, анальгетикам и антигистаминным препаратам), стимуляторам (никотину, кофеину, кокаину, амфетаминам, метилфенидату, МДПВ), галлюциногенам и ингалянтам (каннабиоидам, ЛСД, мескалину, псилобицину, эрготамину, циклодолоу, астматолу, димедролу и летучим растворителям).

Стимулирующие аддикции: переедание, ониомания (траоголизм, шопоголизм), компульсивное накопительство, клептомания, пиромания (компульсивное поджигательство), перемежающее эксплозивное расстройство (компульсивная взрывчатость), гемблинг (компульсивные игры на деньги), эротомания (сексуальная и любовная аддикция).

Подавляющие аддикции: голодание, аддикция упражнений, ургентная аддикция (зависимость от состояния цейтнота), имитируемое расстройство, созависимость.

Виртуальные аддикции: телевизионная и интернет-зависимость, компьютерная игромания, идейный авантюризм, нигилизм, мифомания, болтаголизм, работаголизм, аддик-

ция к духовным поискам, религиозный фанатизм и сектантство.

Патологические влечения характеризуются неспособностью противостоять импульсивно возникающим желаниям совершать опасные для себя или окружающих действия. При удовлетворении этих желаний (к азартной игре, воровству, поджогу, насилию и т. д.) возникает чувство удовольствия.

Сверхценные увлечения проявляются как вещизм, трудоголизм, любовная зависимость и т. п. Это усиленное до гротеска отношение к объекту или виду деятельности, которое характеризуется пристрастным, эмоционально насыщенным отношением к объекту сверхценного увлечения; интенсивной, глубокой и длительной сосредоточенностью на нем; утратой контроля за временем, затрачиваемым на увлечение; игнорированием любой иной деятельности или увлечения.

Как правило, у аддикта развивается **коаддикция** – сопутствующая аддикция. Так, пищевые аддикции часто сочетаются с потреблением алкоголя, сигарет и марихуаны. Кoadдиктивность особенно характерна для компульсивного секса, гемблинга, kleптомании, шопоголизма и интернет-аддикции.

Партнер аддикта зачастую страдает **созависимостью** – компульсивным стремлением контролировать поведение аддикта. Созависимым необходимы так называемые *токсические эмоции*: тревога за зависимого, жалость к нему, периодическое появление стыда, вины, обиды, ненависти.

При удовлетворении этих патологических эмоциональных потребностей у созависимого возникает чувство удовольствия и облегчения.

Течение аддикций чаще хроническое, прогрессирующее, рецидивирующее.

Выделяют три стадии развития наркоманий.

На 1-й стадии избирается объект аддикции. Перед реализацией влечения у аддикта нарастает состояние напряжения, а после реализации наступает облегчение. Влечение реализуется компульсивно (с попыткой контроля) или импульсивно (неконтролируемо) с иллюзией контроля поведения и отсутствием адекватного отношения к негативным последствиям такого поведения. Формируется психическая зависимость от наркотика: без него нет душевного комфорта, трудно сосредоточиться, страдают память и мышление. Абстиненция (воздержание) вызывает дисфорию и усиление влечения, растет толерантность.

2-я стадия развивается через несколько недель. Формируется физическая зависимость, стремительно возрастает толерантность, приходится резко повышать дозы. Наркотик

нужен как допинг, выражены соматовегетативные нарушения, утрачиваются аппетит и половое влечение. Деньги на наркотик помогают добывать гомосексуализм, проституция, воровство и разбои. Физическая зависимость, как правило, имеет последствия в виде соматоневрологических и психических расстройств, вплоть до выраженного психоорганического синдрома и деградации личности. Высока смертность от суицида, передозировки наркотика, СПИДа и других соматических осложнений.

3-я стадия встречается редко из-за высокой летальности второй стадии. Больные нетрудоспособны из-за крайнего истощения (залеживаются в постели) и сведения круга интересов к добыче наркотика, который необходим, чтобы самостоятельно поесть и элементарно себя обслужить.

Ремиссии при протекании химических зависимостей делятся на два типа.

1. Дисфорический тип проявляется астенодепрессивной симптоматикой. Отмечаются вялость, слабость, неспособность к активным интересам и занятиям, нежелание учиться или работать, раздражительность, обидчивость, плаксивость, капризность. Приступы злобы, агрессии чередуются с состояниями избыточной активности с приливами инициативы, подвижности, незаразительной веселости.

2. Органический тип развивается при злоупотреблении барбитуратами и опиатами и проявляется психоорганиче-

ской симптоматикой: ухудшением памяти, снижением интеллекта, деградацией личности.

Нервная почва для цветов зла

Биологические механизмы аддикций

Предрасположенность к развитию наркомании и алкоголизма связана с изменением реактивности мезокортиколимбической системы мозга, участвующей в подкреплении естественного пищевого и полового поведения путем формирования чувства удовольствия. Она же обеспечивает ощущение подъема при приеме алкоголя и других препаратов, а также от азартных игр и другого рискованного поведения. В функционировании этой системы участвуют различные вещества, которые синтезируются в нейронах, высвобождаются в ответ на нервный импульс и воздействуют на специфические рецепторы.

Эндорфины выравнивают настроение при легких формах депрессии, помогают забыть события, предшествовавшие травме, подавляют исследовательскую активность, стимулируют эмоциональное поведение и двигательную активность. Эндорфины выделяются, в частности, во время усиленных физических нагрузок. Они вызывают эйфорию, которая проявляется как «пик бегуна» и тяга к тренировкам. Кроме того, они облегчают переносимость боли при спортивных трав-

мах. Морфий имитирует действие эндорфинов и понижает их выработку в мозге. Недостаток эндорфинов вызывает состояние скуки и мрачного недовольства.

Серотонин тормозит активность, ведущую к тревоге или агрессии; низкий уровень серотонина чреват депрессией. *Дофамин*, взаимодействуя с эндорфинами и серотонином, обеспечивает положительные эмоции, связанные с пищевым, питьевым и половым поведением. Некоторые наркотики увеличивают выработку и высвобождение дофамина в 5–10 раз. Так, амфетамин напрямую стимулирует выброс дофамина, кокаин и амфетамины блокируют естественные механизмы обратного захвата дофамина, увеличивая его концентрацию в мозге.

Алкоголь провоцирует высвобождение дофамина и связывание его с соответствующими рецепторами в мозгу. Искусственное высвобождение дофамина предупреждается эндорфинами, но алкоголь блокирует их действие. При синдроме отмены наблюдается снижение функциональной активности дофаминергической системы, что проявляется абстиненцией, которая и поддерживает продолжение употребления алкоголя.

Норадреналин имеет отношение к побуждающим, мотивационным аспектам поведения. Никотин активизирует высвобождение норадреналина из пресинаптических оконча-

ний нейронов. Гамма-аминомасляная кислота (ГАМК) осуществляет тормозящие эффекты через специфические рецепторы, запускающие в клетку отрицательно заряженные ионы хлора. Таким образом стимуляция ГАМК-рецепторов приводит к появлению противотревожного, успокаивающего и расслабляющего эффекта. Действие ГАМК усиливают барбитураты, алкоголь и анестетики.

Анандамид участвует в механизмах происхождения боли, депрессии, аппетита, памяти, репродуктивной функции. Психоактивный тетрагидроканнабинол, который содержится в конопле, активирует те же рецепторы, с которыми взаимодействует анандамид.

Описан синдром дефицита вознаграждения – хроническое состояние, когда у человека активизируются несколько генов, которые начинают вырабатывать белки обратного захвата дофамина, серотонина, норадреналина и белки, блокирующие рецепторы нейромедиаторов, в результате чего человек практически теряет естественную способность быть удовлетворенным.

Неспособность контролировать употребление ПАВ связывают с нарушением функционирования мозговых структур, которые обеспечивают контроль над поведением, и их дисфункция приводит к импульсивности и расторможенности. Такой контроль особенно значим для поведения, направленного на достижение отдаленной по времени цели,

а также при необходимости подавления привычных способов реагирования. Систематическое воздействие ПАВ на эти структуры снижает способность подавления аддиктивной тяги.

Аддикты неосознанно пытаются восполнить лежащий в основе эмоционального дискомфорта биохимический дефицит с помощью:

- а) приема ПАВ, приступов обжорства, сексуальных оргий, громкой ритмичной музыки;
- б) поведения, связанного с риском, будь то азартная игра на деньги (риск обнищания), мелкие кражи (риск наказания) или экстремальные виды спорта (риск для жизни);
- в) повышенной агрессивности, в том числе приводящей к антисоциальному поведению.

По мере психопатизации личности (а психопатические личности – с самого начала) выбирают ПАВ, который усиливает имеющиеся личностные расстройства. Астеники предпочитают морфий и окончательно уходят в наркотические грезы, доходя до полного истощения; вязкие эпилептоиды предпочитают снотворные и галлюциногенные препараты, шизоиды – опиаты и гашиш, истероиды – транквилизаторы.

У пищевых аддиктов понижена активность норадреналина и серотонина, у многих наблюдается депрессия. Зачастую они имеют наследственную отягощенность химическими зависимостями. При появлении тяги у пищевых и химических

аддиктов регистрируется активизация одних и тех же зон мозга.

В пылу любовного увлечения в мозге вырабатывается дофамин, пребывание наедине с любимым человеком стимулирует выработку эндорфина, а эротические ласки приводят к выделению окситоцина, с которым связано переживание оргазма и сексуального удовлетворения, а также удовольствия от комплимента или похвалы. У трудоголика он выделяется во время «творческого запоя». Созависимых опьяняют токсические эмоции: тревога за аддикта, жалость к нему, чувства стыда, вины, обиды, ненависти.

Материальный объект зависимости имеет для аддикта то преимущество, что он быстро снимает стресс, ничего не требуя взамен, его легче достать и контролировать. Аддикт доверяет этому объекту больше, чем родной матери. Не получив в раннем детстве доступа к эмоционально чуткой и теплой матери, аддикт помещает свой материнский идеал вовне и отгораживает его, чтобы идеальная мать была внешней, но легко доступной, как пища. Однако пользоваться любовью значит нарушить материнские границы, поэтому использование аддиктивных объектов приносит удовлетворение и наказание, временное забвение в смертельных объятьях и возрождение.

Известно, что ген DRD4, отвечающий за поиск новых впечатлений и работу дофаминовых рецепторов, участвует в повышенной импульсивности, раздражительности, склон-

ности к нарушению правил, которые мешают в достижении каких-либо целей. Аддикты имеют длинную форму гена DRD4, из-за чего для получения той же самой реакции аддиктам требуется бóльшая стимуляция, чем остальным. Поэтому аддикты ищут новых ощущений, для них характерна повышенная импульсивность, синдром дефицита внимания и гиперактивности.

Воспитание аддикта

Биологические потребности младенца включают в себя потребности в еде, движениях и ощущениях (корни пищевой и химической аддикции, клептомании, аддикции физических нагрузок и лихачества, пиромании и веб-серфинга). Затем начинается формирование психологических потребностей: в исследовании и созидании, в игре, в отношениях, лидерстве и продолжении рода. Фиксация на этих потребностях лежит в основе таких аддикций, как азартные игры, аддикция отношений и эротическая аддикция.

Когда ребенка тревожно оберегают от неприятностей и боли, у него не формируется опыт терпения и преодоления страданий. В этом случае ПАВ воспринимается как добрый и могущественный волшебник, способный улучшить настроение и самочувствие и к тому же обеспечить восприятие других людей как родных и надежных защитников. Компания сверстников символизирует идеальную материнскую

фигуру. Так развиваются химические зависимости и аддикция отношений.

Алкоголики и наркоманы часто растут без отца или он страдает той или иной аддикцией. Мать или бабушка уделяют ребенку недостаточно внимания или слишком строги. Пытаясь найти замену отцовской фигуре, подросток использует ПАВ, которые вызывают стабильно сильные изменения в ощущениях, а сила и стабильность – это проявления, ассоциирующиеся с фигурой отца.

У детей алкоголиков часто имеется представление о положительном воздействии алкоголя в период стресса, оценка алкоголя как вознаграждения; для них характерны отсутствие похмелья, эмоциональная неустойчивость, трудности в планировании и организации своих действий, проблемы с прогнозированием последствий собственных поступков, склонность к отчаянному риску.

Чувства, которые испытывает аддикт в абстиненции, могут быть проявлением родительских предписаний. Так, чувство стыда может быть связано с заброшенностью и насилием в детстве. Чувство вины может быть следствием суицида родителя, смерти матери или близнеца в родах, смерти брата или сестры, с которыми ребенок находился в конкурирующих взаимоотношениях. Предошущение трагического конца, чувства страха и тревоги, безнадежности, тоски и беспомощности могут свидетельствовать о попытках аборта,

рождении от нежелательной беременности, преждевременном оплакивании в случае детской болезни (Шустов, 2009).

Семьям аддиктов присущ ряд общих черт: страх перед чужими людьми и изоляция от них, тесная сплоченность, фетишизация брака, денег и власти. Для этих семей существует только материальный мир, они ни во что не верят. Члены семьи полностью зависят от оценки родных и окружения, им нельзя искать помощи вне семьи. Неудача, отъезд или смерть одного из членов семьи переживаются всей семьей одинаково трагически. Вместо любви семья держится на чувствах жалости и долга, обиды и вины, общих вкусах и оценках людей. Семья опирается на традиции прошлого, боится изменений, с тревогой смотрит в будущее. Источником ее энергии служат не радости текущей жизни, а тревоги и волнения.

Психология аддикта

Поведение аддиктов мотивируется следующими иррациональными представлениями.

- ◆ Взрослому человеку совершенно необходимо, чтобы его любили или одобряли все значимые люди в его окружении.
- ◆ Чтобы считать себя достойным, нужно соответствовать высоким требованиям и преуспевать во всех отношениях.
- ◆ Некоторые люди плохие, и их надо сурово наказывать.

- ◆ Когда что-то не получается, это катастрофа.
- ◆ Если не везет, то от человека практически ничего не зависит.
- ◆ Если человеку что-то угрожает, надо постоянно думать о том, как это случится.
- ◆ Легче избегать трудностей и ответственности за себя, чем справляться с этим.
- ◆ Нужно полагаться на сильного человека и зависеть от него.
- ◆ Текущая жизнь в основном определяется прошлыми воздействиями.
- ◆ Нужно очень сопереживать другим людям.
- ◆ Если не найти идеальное решение проблемы, все погибнет.

Вместо тонко настроенной способности к самонаблюдению и самоконтролю у аддикта присутствует постоянная готовность чувствовать стыд и унижение перед другими людьми, которые невольно подыгрывают его ожиданиям. Аддикт бессознательно провоцирует получение наказания извне, а сознательно – сбегает от них в состояние абсолютного удовлетворения, грандиозности и умиротворения здесь и сейчас. Внутренний конфликт не решается, а лишь отыгрывается вовне навязчивым или импульсивным действием.

Аддикты ведут непрестанную борьбу с чувством стыда и вины, с ощущением своей никчемности, с повышенной самокритичностью. В связи с плохой переносимостью обыч-

ных трудностей, постоянными упреками окружающих и самоупреками у аддиктов формируется комплекс неполноценности. Он может компенсироваться высоким уровнем притязаний, карьеризмом, вещизмом и трудоголизмом («алкоголик – золотые руки»).

От чувства беспомощности в травмирующей ситуации и от неспособности контролировать переполняющие эмоции такой пациент защищается «толстой коркой» нарциссизма – грандиозностью и самовозвеличиванием, презрением и холодностью, идеализацией и подчинением. Все это часто прикрывается поверхностной любезностью, дружелюбной уступчивостью и податливостью.

Разрываясь между страхом перед унижающей внешней силой и нарциссическими потребностями, имеющими защитную природу, такой человек приобретает поразительную нестабильность и ненадежность. Эта непредсказуемость и безответственность возмущает окружающих и унижает самого аддикта. Подчеркнутая «уважительность», экстравагантная культурность, безотказность и предупредительность позволяют избежать обвинений в эгоизме со стороны окружающих и самообвинений.

Недостаточность внутреннего контроля не дает аддикту усвоить социальные нормы, и аддиктивная микросреда легко формирует аддиктивные установки. Аддикт сосредотачивается на той сфере, которая позволяет ему вырваться из бесчувственности и апатии в экзальтацию. Однако вскоре

настают пресыщение и опустошенность. В остальных областях жизни аддикт ведет себя без интереса, все больше уходит от участия в них.

Аддиктивную личность отличают черты незрелости: ненасытность, слабоволие, тревожность и зависимость, чувство стадности. Аддикты склоны к колебаниям настроения, болезненно впечатлительны и обидчивы, в своих неприятностях обвиняют других, лгут. Они уходят от ответственности и принятия решений, ведут себя шаблонно, стереотипно. Им свойственны неустойчивость и неразвитость интеллектуальных и духовных интересов, твердых нравственных норм, слабое развитие самоконтроля и самодисциплины. Поэтому любая сколько-нибудь значимая потребность быстро становится доминирующей.

Аддикты хуже переносят трудности повседневной жизни, чем экстремальные ситуации. Аддикты отношений маскируют страх перед стойкими личностными контактами поверхностной общительностью, растворяются в симбиотическом контакте или, наоборот, изолируются. Защитой от чувства неполноценности становится ледяная корка нарциссизма, прикрытая привлекательным шармом социопата, противопоставляющего толпе обывателей свою романтическую жизнь, свободную от обязательств, а значит, и от обвинений.

Многие аддикты убегают от реальности в телесные потребности – еду, секс, спорт, зрелища. Фантазеры, игроки

сбегают в мир иллюзий и вымыслов. Те, кто стремится к превосходству, бегут в успехи. Скрытый комплекс неполноценности компенсируется трудоголизмом, борьбой за статус и богатство с демонстрацией своего превосходства над окружающими.

Занимая центральное место в жизни аддикта, объект аддикции *идеализируется*. Воображение аддикта заполняется фантазиями, в которых он предвкушает каннибальское поглощение объекта аддикции или оргастическое слияние с ним. Благодаря такой *интроекции* аддикт тотально и безраздельно контролирует избранный объект. Используя его *магическую* силу, аддикт приобретает *всемогущество*. Обладая интроектом, аддикт может позволить себе *обесценить* объект аддикции, чтобы не испытывать зависть к его силе. Под воздействием *проекции* пациент перекладывает на объект аддикции собственные импульсы и аффекты. В результате *проективной идентификации* больной может приписать объекту аддикции собственную враждебность и затем со страхом ожидать какого-то вреда, а свою агрессию считать упреждающей реакцией на это.

Полярное разделение мотиваций, интроектов и объектов на жизненно необходимые и смертельно опасные приводит к *расщеплению*. Чтобы сохранить контроль над внутренним и внешним миром, расщепленное сознание прибегает к *отрицанию*, игнорируя наличие аддикции и ее опасность. Невыносимый страх перед этой опасностью удается блокировать с

помощью *контрфобии*, вызывающей чувство азарта с эйфорией от переживания своего бесстрашия, обеспеченной выбросом эндорфинов.

От неприятных переживаний сознание защищается *изоляцией эмоций* с отсутствием словесного, образного или иного символического отражения чувств. Крайней выраженностью изоляции эмоций является резонерство («Главное – спокойствие!», «Истина – в вине» и т. п.). Аддиктивное поведение оправдывается приемлемыми мотивами вместо признания скрытых неприемлемых. Подобная *рационализация* помогает аддикту сохранять «лицо» («Пью, потому что тонко чувствую несправедливость»). Рационализация облегчается *подавлением* чувств, связанных со здоровыми мыслями. Невыносимый страх перед реальностью аддикт пытается заблокировать бравадой с чувством азарта и эйфории от переживания своего бесстрашия. Избежать чувства унижительной зависимости помогает *псевдонезависимость*.

За спасительную помощь упомянутых патологических защит приходится платить чувством изоляции, обеднением эмоциональной сферы и неустойчивостью взаимоотношений с людьми.

Диагностика и психотерапия аддиктов

Диагностические критерии аддиктивного расстройства

В течение по меньшей мере одного месяца (или, если менее месяца, то повторно в течение последнего года) в клинической картине должны быть совместно представлены три или более из приведенных ниже критериев:

- 1) компульсивная потребность в аддиктивных действиях;
- 2) снижение контроля за аддиктивными действиями (начало, окончание, количественные параметры), характеризующееся увеличением стимулов и (или) длительности процедуры и безуспешными попытками или сохраняющимся желанием остановиться;
- 3) соматический синдром отмены при снижении или прекращении стимуляции, смягчающийся при возобновлении аддиктивных действий;
- 4) повышение толерантности, снижение эффекта при прежнем уровне стимуляции, вызывающие необходимость ее усиления для достижения прежнего эффекта;
- 5) увеличение времени, затрачиваемого на организацию

аддиктивного эпизода, процедуру и перенесение последствий, сопровождаемое сужением здоровой социальной активности и интересов личности;

б) продолжение аддиктивного поведения, несмотря на наличие вредных последствий и знание пациента об этом вреде.

В легкой форме аддиктивное расстройство включает тягу к веществу или определенной деятельности, гедонистический оттенок, компульсивность и чрезмерность в реализации влечения, толерантность, сниженную способность контролировать аддиктивное поведение и невозможность отказаться от него несмотря на вредные последствия.

В умеренно выраженной форме добавляются симптомы отмены и изменение поведения и образа жизни, обусловленные доминированием аддиктивных потребностей над всеми остальными. В выраженной форме в дополнение к вышеперечисленным симптомам отмечаются признаки личностного снижения и психосоматические расстройства, переносимость вещества может уменьшиться.

Легко выраженное аддиктивное расстройство проявляется в невротической форме, умеренно выраженное – в психопатической форме, выраженное – в психотической, психоорганической, соматической. Химические аддикции проявляются во всех трех формах, поведенческие – в первых двух.

Зрелая личность – это система стабильных реалистичных отношений, аддикт же – человек состояний. Объект аддик-

ции выполняет функцию смертельного врага, которого можно победить, только забрав его силу. Выход живым из запоя или из ломки – полпобеды. Воздержание и тем более согласие на лечение – поражение.

При компульсивной форме аддикции важным терапевтическим фактором является способность пациента признать свою зависимость и желание освободиться от нее. При импульсивной форме аддикт отрицает свою зависимость и не способен на конструктивную мотивацию к терапии.

На приеме у специалиста аддикт прибегает к следующим защита.

Уход с помощью отказа. «Я не буду об этом говорить. Я буду говорить о чем угодно, только не о моем пьянстве (употреблении наркотиков)».

Уход с помощью забалтывания. «Я буду говорить о чем угодно, кроме моего алкоголизма (наркомании), и заговорю тебя до смерти».

Интеллектуализация. «Проблема злоупотребления алкоголем и алкоголизма уходит корнями в наши традиционные социокультурные бла-бла-бла...»

Правовая поддержка болезни. «Я имею право допить до смерти, даже если я алкоголик, и даже если я умру».

Рационализация. «Когда мне указывают на мое пьянство (употребление наркотиков), я могу обвести вокруг пальца кого угодно, приводя доводы в пользу употребления».

Сравнение. «Я пью не так много, как мой начальник, а у него нет проблем. Мой дед вообще выпивал по бутылке каждый день – и дожил до глубокой старости».

Поиск козла отпущения. «Я пью (употребляю наркотики) только из-за своей жены. Если бы вы были женаты на такой женщине или имели такую работу, как у меня, вы бы пили так же, как и я». «Если бы не мой начальник, я бы столько не пил». «Если бы вы были хорошим специалистом, вы бы меня вылечили».

Уход с помощью скандала. «Я тебе сейчас устрою, если скажешь еще хоть слово о моем пьянстве (приеме наркотиков)!»

Манипуляция. «Я позволю тебе помочь мне, если ты сделаешь все за меня. А если ты будешь заставлять меня делать то, чего я не хочу, ты доведешь меня до запоя».

Перелет в здоровье. «Я чист и трезв уже двадцать пять минут, я понимаю, в чем моя проблема, и она уже решена. Я уже слишком много знаю, чтобы когда-либо вернуться к употреблению».

Обусловленная трезвость. «Я никогда снова не смогу пить, потому что тогда я заболею и умру. А поскольку я никогда не буду употреблять, то я не нуждаюсь в лечении».

Постановка себе безнадежного диагноза. «Я слишком далеко зашел, чтобы мне что-то могло помочь. Как можно ожидать от пропойцы вроде меня, что он сможет изменить свои привычки?»

Во время стационарного лечения аддикты играют в следующие игры. Игра в «гориллу», или запугивание и шантаж окружающих возможностью рецидива. Игра в «вечного клоуна» или «шутника», у которого нет проблем. Изображение сумасшедшего, сопровождающееся бравированием и имитацией клинических симптомов. Проецирование на себя образа крайне хрупкого, слабого, ранимого, зависимого человека. Разыгрывание роли образцового пациента с возложением ответственности за свое излечение на врача или, наоборот, оспаривание всех правил с целью уклониться от лечения. Разыгрывание роли помощника врача по отношению к другим больным с целью избежать отношения к себе как к обычному пациенту. Поглощенность спортом, музыкой, просмотром телепередач и тому подобными занятиями, с помощью которых демонстрируются свои, отличные от общих, цели пребывания в больнице.

Уровни мотивации к психотерапии (они могут меняться даже в течение одной беседы):

1. Конструктивный – с готовностью ответственно сотрудничать в терапии.
2. Симптоматический – с мотивацией лишь на улучшение состояния.
3. Манипулятивный – попытка использовать терапию для улучшения отношений к себе участников конфликта и дру-

гих выгод.

4. Иждивенческий – с перекладыванием на терапевта всей ответственности за результат терапии.

5. Демобилизующий – с отказом от психотерапии, оппозицией и саботажем терапии.

Проанализировать мотивацию поведения аддикта помогают следующие вопросы:

◆ Кем позволяет вам быть зависимость, кем бы вы не могли быть иначе?

◆ Что позволяет вам делать зависимость, чего иначе вы не могли бы делать?

◆ Что вы можете потерять, если перестанете быть зависимым?

◆ Как бы изменилось ваше отношение в себе и другим, если бы вы не были больше зависимым?

◆ Когда вы говорите «Я зависимый», какие слова возникают немедленно вслед за этим утверждением?

В. А. Рязанцев (1983) приводит показания к различным формам психотерапии химически зависимых.

1. *Рациональная* психотерапия (разъяснение, убеждение, обоснованные предписания и др.) показана:

а) лицам, не осознающим свое заболевание;

б) больным, у которых вызывающим событием явилась психотравма («обиженные», разочарованные);

в) скептически относящимся к лечению («маловеры» с хорошо развитым интеллектом);

г) личностям с комплексом неполноценности (трудно адаптирующиеся, неудачники, несостоявшиеся карьеристы, потерявшие семью и др.).

2. *Директивная* (императивная) психотерапия показана:

а) неспособным к рефлексии;

б) нетребовательным, без особых претензий личностям;

в) легко подчиняющимся постороннему влиянию, инфантильным;

г) подчиняющимся приказам (конформные исполнители, «дети среды», «солдаты жизни», «люди приказа»).

3. *Социальная* психотерапия показана нуждающимся:

а) в изменении социального положения (перемене профессии, места работы, жительства, изменении семейных и производственных отношений);

б) в изменении микросреды (круга знакомств);

в) в активной общественной деятельности (ищущие признание, «общественные лидеры»).

4. *Опосредованная* психотерапия (с помощью лекарств и поддерживающей психотерапии) показана:

а) доверчивым, мягким, легко внушаемым, боязливым;

б) «инфантильным маловеерам», «педантам» с тревожно-боязливым складом характера;

в) нуждающимся в «психологических костылях», водителе, «химической изоляции» («чтобы что-то было»).

5. *Личностная* терапия показана нуждающимся:

а) в самовоспитании;

б) в педагогической коррекции;

в) в самоусовершенствовании (учеба, повышение квалификации; расширение кругозора);

г) в отвлечении, переключении направленности (освоение ремесел, увлечение творчеством и т. д.).

Чтобы добиться от больного **согласия на лечение**, я использую метод «прямого вмешательства» (Джонсон, 2002).

1. Обратившегося члена семьи избавляю от чувства вины за «вынесение сора из избы» и от страха перед реакцией больного. Узнаю от него о клинике заболевания, медицинских, психологических и социальных последствиях. Составляю список потенциальных участников «коллектива вмешательства» и предлагаю клиенту организовать их сотрудничество.

2. Собираю «коллектив вмешательства», рассказываю о природе зависимости. Подчеркиваю, что больной не будет искать помощи и не сможет самостоятельно справиться со своей зависимостью. Предсказываю его будущее и объясняю необходимость коллективного вмешательства. Заменяю проблему «Как мы можем изменить пациента?» на «Как мы можем изменить себя и свои отношения с пациентом, чтобы мы были довольны им?»

3. Помогаю участникам команды сообща отреагировать накопившиеся негативные чувства к пациенту, переработать свои переживания и подготовиться пойти на риск конфронтации. Слежу, чтобы участники команды не допускали обыч-

ных ошибок. Они могут быть следующими: участник говорит за другого или о том, чего сам не видел; навязывает свое мнение, а не ищет истину; перемешивает факты и собственные комментарии, домыслы; высказывает угрозы, которые не собирается осуществлять.

4. Прошу каждого члена команды составить свой список эксцессов, свидетелем которых он был и из-за которых у больного возникали проблемы. Предлагаю участникам обмениваться своими списками и обсудить их. Помогаю участникам сформулировать высказывания, входящие в список, таким образом, чтобы они содержали точное описание событий и поведения больного, его отношение к аддиктивному поведению, выражение собственных чувств по этому поводу; выражение пожеланий или положительного отношения к больному.

5. Выбираю лечебные учреждения или анонимные сообщества, которые будут предложены пациенту. Намечаю время вмешательства (когда у больного возникает очередная кризисная ситуация) и место (нейтральное, в моем присутствии). Приглашаю больного на встречу. Члены «коллектива вмешательства» зачитывают друг за другом свои списки и сталкивают больного с его реальностью. Под влиянием массы фактов, единодушного выражения озабоченности и симпатии больной соглашается с требованиями немедленно включиться в предлагаемое лечение, выбрав из нескольких наиболее устраивающий его вариант.

В случае отказа больного от лечения я объясняю проблему членам семьи, обучаю их приемам преодоления негативных чувств и организую их участие в группе родственников аддиктов. Жене пациента предлагаю сделать выбор: 1) сохранить свое поведение, 2) отдалиться эмоционально, 3) отделиться. При выборе второго варианта помогаю жене принять ситуацию как она есть, жить с пациентом и не критиковать его, быть ответственной за свои реакции на его поведение.

Когда аддикт обращается самостоятельно, но ссылаясь на инициативу Значимого Другого (ЗД), полезно задать ему следующие вопросы:

- ◆ Почему, как вы думаете, ЗД заинтересован в нашей встрече?
- ◆ Что больше всего беспокоит ЗД в вашем поведении?
- ◆ Что, по мнению ЗД, вы делаете не так?
- ◆ Что, как вы думаете, вам следует перестать делать, чтобы ЗД оставил вас в покое?
- ◆ Как вы думаете, что вам следует начать делать, чтобы ЗД оставил вас в покое?
- ◆ Каких конкретных изменений от вас ожидает ЗД?
- ◆ Как вы думаете, что ЗД ожидает от нашей встречи?
- ◆ Чем, по мнению ЗД, эта встреча могла бы быть вам полезной?
- ◆ Ответы на какие вопросы, по мнению ЗД, вы сегодня получили?

В соответствии с рекомендациями С.А. Кулакова (2004) *первую психотерапевтическую беседу с пациентом* я начинаю с уточнения аддиктивного поведения. Выясняю наличие различных аддикций. Узнаю, указывал ли ему кто-либо ранее на наличие проблемы, как он пытался с ней справиться, что у него не получается. Какие дополнительные трудности создает пациенту аддикция – например, повышенную утомляемость при учебе и конфликты в семье. Учítываю, какие ПАВ используются; количество, частота приема каждого вещества, пути и способы введения каждого препарата, дата последнего приема, индивидуальное или групповое потребление. Выявляю изменение формы потребления, когда защитные реакции не возникают даже при значительной передозировке токсических веществ, наличие или отсутствие изменений толерантности, появление синдрома зависимости или отмены.

Исследую чувства, которые могут приводить к употреблению ПАВ: обида, злость, отчаяние, боль и т. д. Помогаю пациенту взвесить субъективные выгоды, получаемые от употребления ПАВ, и приносимые жертвы. Определяю тип влечения: навязчивое, сверхценное, импульсивное. Оцениваю способность пациента принять ответственность за свое поведение. Уточняю, чей запрос скорее служит стимулом к лечению: ситуативный, семейный, собственный? Обсуждаю занятость и распоряжение деньгами. Определяю динамику аддикции и социальное сужение личности с ее течением. Вы-

ясняю у пациента, кто и какими способами втягивает его в потребление ПАВ, а кто и какими способами поддерживает его воздержание.

Отыскиваю альтернативные способы достижения состояния комфорта. Выявляю состояния или ситуации, избегание которых осуществлялось с помощью ПАВ. Выясняю состояния или ситуации, при которых пациент чувствовал бы себя наиболее комфортно. Совместно с пациентом разрабатываю план конкретных действий, направленных на достижение этих состояний или ситуаций без ПАВ. Обсуждаю с ним влияние на выздоровление внешних факторов, к которым пациент должен адаптироваться (например, работа или учеба, взаимоотношения, дети). Определяю дисфункциональные установки пациента, касающиеся наркомании, и обучаю способам решения проблем.

Прорабатываю последний рецидив. Обсуждаю с пациентом обстоятельства, при которых случился рецидив. Моделирую состояние, предшествующее рецидиву. Прорабатываю с пациентом эмоциональные и когнитивные механизмы, запускающие рецидив. Обсуждаю стратегии и ресурсы, позволяющие справиться с состояниями непреодолимого влечения. Поощряю конструктивные стратегии. Обсуждаю симптомы рецидива с учетом изменения в мышлении, отношениях и поведении. Убеждаю в невозможности разовых употреблений ПАВ. Обсуждаю дисфункциональные отношения с родителями, с лицами своего и противоположного пола.

Обсуждаю семейные роли, созависимость, алкоголизм в семье и т. д.

Обращаю внимание на динамические проблемы пациента. Выявляю фиксации на различных этапах индивидуального развития. Определяю тип личности, выявляю примитивные и невротические защиты. Обсуждаю сотрудничество пациента или его сопротивление лечению. Оцениваю негативные изменения (личностные, социальные, биологические), произошедшие за время наркотизации. Решаю с пациентом, кто за что отвечает в процессе реабилитации.

Подписываю договор о сотрудничестве с пациентом и с его родителями или близкими, по которому пациент обязуется в течение года воздерживаться от употребления ПАВ, регулярно участвовать в терапии. Пациент будет проявлять свою активность в отношении любых дел, которые могут способствовать излечению. Психотерапевт будет направлять пациента, его близкие будут поддерживать его, но ответственность за действия пациента всегда несет сам пациент.

Аддикт испытывает потребность бороться с объектом своей аддикции. При этом воздержание выглядит как уклонение от борьбы и поражение, а запой – как борьба, из которой он выходит живым, а значит – победителем. Игра со смертью может продолжаться до тех пор, пока аддикт не сдастся и не обратится за помощью. С помогающим объектом (врачом, сообществом Анонимных Алкоголиков или

наркоманов) он снова меряется силами, отрицая необходимость зависеть от кого-то. «Раз вы называете меня неисправимым алкоголиком, я докажу, что я сильнее и вас, и бутылки и буду бывшим алкоголиком». Помочь аддикту можно лишь с учетом следующих факторов.

- ◆ Химическая, психологическая зависимость, созависимость – все это разные формы аддикций.

- ◆ Аддикция является хроническим заболеванием, возникшим не по вине одного аддикта.

- ◆ Ответственность за выздоровление лежит, прежде всего, на самом аддикте.

- ◆ Для освобождения от аддикции нужна готовность аддикта к лечению.

- ◆ У аддикта легко возникает зависимость от лекарств, поэтому психотерапия предпочтительней.

- ◆ Психотерапевт устанавливает с аддиктом зрелые межличностные взаимоотношения, которые тот переносит в свое окружение.

- ◆ В терапии должны участвовать близкие аддикта.

Принципы психотерапии

В работе с химическими аддикциями широко используется Миннесотская модель лечения химической аддикции, основанная на следующих принципах.

- ◆ Алкогольная или наркотическая аддикция не являет-

ся проявлением заболевания, излечив которое, зависимость могла бы исчезнуть. Она сама и есть болезнь.

◆ Аддикция – это заболевание, возникшее в результате обстоятельств, не зависящих от больного.

◆ Отношение к аддиктам должно быть не пренебрежительное, а сострадающее, при этом не унижающее их человеческое достоинство.

◆ Нужно убедить аддикта, что он может излечиться несмотря ни на какие внешние факторы.

◆ Аддикту надо показать все признаки и симптомы, которые четко указывают на его заболевание. Это может подтолкнуть его к осознанию необходимости лечения наркомании или алкоголизма и полностью изменить образ жизни.

◆ Надо убедить пациента, что самый главный признак заболевания – это его отрицание. Иногда это не признают даже родственники пациента.

◆ Надо добиться в конечном итоге полного воздержания от каких-либо психотропных лекарств или родственных веществ.

◆ Окружающие родственники и знакомые должны принимать активное участие в лечебном процессе. Только тогда можно добиться положительных результатов.

◆ К каждому больному должен быть индивидуальный подход, потому что у каждого человека есть собственное мышление, отличное от других, и соответственно мотивация может быть разной. Для этого создаются небольшие группы,

где проходит психотерапия.

♦ В психотерапии должна быть использована программа «12 Шагов» и постоянные встречи с участниками сообществ «Анонимные Алкоголики» и «Анонимные Наркоманы».

1-я стадия терапии – диагностическая.

Клиническая оценка аддиктивного расстройства, уровня терапевтической мотивации и позиции ближайшего окружения. Оценка актуального уровня функционирования личности, его максимума в лучшие времена и возможностей компенсации или роста, если этого требует ситуация. Выявление неосознанных блокированных потребностей и опасений, связи текущих конфликтов с неоплаканными утратами и неотреагированными обидами.

2-я стадия – пробная терапия.

Заключение предварительного терапевтического договора. Оценка реакции на воздержание. Выявление неосознаваемого конфликта между неудовлетворенными эмоциональными потребностями и блокирующими иррациональными установками. Выявление возможностей и ограничений, ресурсов самопознания и развития личности. Развитие терапевтического союза. Выбор метода психотерапии. Выработка мотивации к семейной и групповой терапии. Коррекция терапевтического договора.

3-я стадия – рабочая.

Мобилизация конструктивных ресурсов пациента и его ближайшего окружения. Адекватный самоконтроль вместо компенсаторного стремления контролировать объект аддикции и свою независимость от него. Поддержка усилий по преодолению тяги. Осознание примитивных и незрелых защит, проявляющихся в компульсивном поведении. Эмпатическая поддержка в моменты неприятия себя. Укрепление позитивных качеств личности. Поддержка в выборе между примитивными, незрелыми и зрелыми защитами. Коррекция неадаптивных установок. Мобилизация веры во врожденные конструктивные силы. Замена вредной аддикции полезным увлечением. Выработка мотивации к тренингу навыков адаптации. Тренинг более зрелых защит в индивидуальных сессиях, групповом и семейном (супружеском) формате. Выработка и закрепление новых форм поведения. Взятие ответственности за себя без страха наказания. Укрепление самостоятельности и эмпатии. Организация более зрелых отношений с окружающими, отказ от аддиктивной компании.

4-я фаза – завершение.

Проработка страха разлуки, оживления иждивенческих ожиданий, опасений ухудшения состояния. Творческие планы, их практическое обеспечение, организация полноценной жизни. Взятие обязательств. Планы на случай рецидива. Пробные периоды самостоятельности. Прощание, подве-

дение итогов и подчеркивание вклада клиента.

В ходе терапевтического процесса пациент вместе с терапевтом, а также с участниками семейной и групповой терапии вскрывает свои внутренние конфликты, пересматривает прошлое, планирует работу над собой, находит ресурсы в себе и взаимоотношениях, начинает тренировать недостающие навыки, отслеживает положительные изменения, формирует новые вкусы и ценности, организует новые значимые отношения. Он начинает искать смысл жизни не столько в получении удовольствий и избегании неприятностей, сколько в личностном, социальном и духовном росте.

Суггестивная терапия включает аутотренинг, прогрессивную мышечную релаксацию, гипнотерапию, нейролингвистическое программирование.

Аутогенная тренировка (АТ) помогает пациентам снимать характерное для них внутреннее напряжение, не прибегая к ПАВ. Однако из-за неспособности к длительному волевому усилию аддикты обычно не могут освоить стандартный курс АТ, быстро прекращают самостоятельные занятия. Поэтому состояние релаксации используется в терапии для проигрывания в воображении ситуаций, представляющих угрозу рецидива, с моделированием навыков совладания с подобными ситуациями.

Прогрессивная мышечная релаксация по Джекобсону помогает больным овладеть навыками психофизической регуляции, что способствует облегчению аффективного и поведенческого самоконтроля. В состоянии релаксации, как и в АТ, используются формулы самовнушения для репетиции уверенного поведения в проблемных ситуациях. Можно предложить больному тренироваться самостоятельно под аудиозапись в промежутках между сеансами.

Метод альтернирующей гипносуггестии (Захаров, 2005). После анализа жалоб, анамнеза и структуры личности внимание направляют на изучение субъективных психофизиологических реакций, ощущений и переживаний пациента, сопровождающих здоровое и патологическое поведение, с разделением их на положительные и отрицательные, приятные и неприятные. При этом используют максимальный набор ценностных, духовных, нравственных, когнитивных, эмоциональных, физиологических, визуальных, аудиальных и кинестетических характеристик обоих полюсов поведения. В итоге выстраиваются полярные, диаметрально противоположные позитивные и негативные суггестивные комплексы, включающие в себя субъективный опыт больного. Во время сеанса последовательно, многократно чередуют эмоционально-насыщенное описание негативной и позитивной моделей поведения больного, основанных на его выборе в прошлом, настоящем и будущем, с прогнозом последствий это-

го выбора для него самого и окружающих. Используемое при этом условно-рефлекторное подкрепление оказывают с учетом ранее выявленных индивидуальных особенностей.

С. В. Ковалев (2001) описывает технику *нейролингвистической терапии*, применяемую для лечения химически зависимых.

1. Попросите пациента сесть поудобнее и вспомнить ситуацию, в которой ему страстно хотелось принять ПАВ.

2. Предложите ему почувствовать себя в этой ситуации, и когда его ощущения достигнут пика, кивнуть вам.

3. Сразу после кивка на несколько секунд положите свою руку на колено (кисть руки, плечо) пациента. Повторите 2-й и 3-й пункты 5–7 раз, запоминая выражение лица, направление взгляда, позу и характер дыхания клиента в момент переживания им пика ощущений.

4. Для проверки прикоснитесь к месту постановки якоря: должны появиться обнаруженные в п. 3 проявления.

5. Пересадите клиента на другой стул (первый мог стать якорем влечения к ПАВ). Попросите его вспомнить ситуацию, в которой он страстно хотел трезвой жизни. Поставьте якорь на другом колене (кисти, плече), запомните проявления трезвой идентичности и проверьте второй якорь.

6. Одновременно нажмите на оба якоря и держите их до тех пор, пока не произойдет «соединение» идентичностей. При этом возникшая вначале асимметрия лица исчезает, па-

циент делает глубокий вдох или выдох, расслабляется.

7. Возникшее трансовое состояние используйте для внушения: «Ты сможешь найти такие варианты и способы поведения, которые будут удовлетворять тебя в такой же степени, как и наркотик».

Усилить самоконтроль пациентов в ситуациях искушения помогают методы когнитивной психотерапии и поведенческий тренинг. С помощью методов **биообратной связи и аудиовизуального тренинга** улучшаются навыки самостимуляции структур, ответственных за синтез эндорфинов (орбитофронтальной зоны, миндалина и гиппокампа). Глубинная перестройка мозговой активности позволяет аддикту поддерживать себя в состоянии психологического комфорта и контролировать свое поведение.

Отечественный программно-аппаратный комплекс БО-СЛАБ помогает пациенту повышать и сохранять мощность альфа-ритма, вспоминая приятные состояния. Эффективность тренинга повышается при использовании светозвукового прибора VOYAGERXL, воспроизводящего приятную расслабляющую музыку, журчание ручьев и голоса леса с целью выработки и увеличения содержания эндорфинов (Макаров, Шубина, 2004).

В соответствии со взглядами Адлера и современных экзистенциалистов следует укреплять Суперэго пациента, тогда он станет духовно зрелым и его жизнь приобретет смысл. Раннее воспоминание, по Адлеру, позволяет разглядеть вли-

ание значимого события на формирование жизненного стиля. Другая проективная процедура – написание «истории жизни». Пациент описывает наиболее значимые моменты своей биографии, поворотные пункты в своем движении к жизненной цели. Эта техника позволяет понять жизненный сценарий пациента и его индивидуальную мифологию. Чтобы уточнить конечную цель, терапевт спрашивает пациента: «Каково ваше призвание?» Выясняет, что помешало реализации честолюбивых замыслов пациента, в чем проявляется его склонность доминировать, чего он боится больше всего (Сидоренко, 2002).

Психотерапия аддиктов проводится с учетом типа их личности (Павлов, 2003).

Эпилептоидным пациентам, отличающимся крайней обидчивостью, вспыльчивостью и злопамятностью, подчеркивают свое уважение, признают такие их положительные качества, как стойкость, постоянство взглядов и желаний, но обращают внимание на то, что они могут вредить пациенту, включаясь в его аддиктивное поведение. Используют самолюбие пациента, подчеркивая при этом, что люди судят о нем не по тому, каким он старается себя показать, а по его поступкам. С учетом склонности таких пациентов к рассуждательству и эгоцентризму делают корректирующие формулы внушения логично убедительными, а выводы из этих внушений – эмоционально насыщенными.

Эмоционально лабильные пациенты проявляют черты инфантильности, они обидчивы, конфликтны, демонстративны, достаточно умны и избирательно внушаемы. Большое впечатление производит на них беседа о неблагоприятном течении аддикций. Их удастся убедить, что механизмы зависимости действуют независимо от интенсивности аддиктивного поведения. В гипнозе используют образные, эмоционально насыщенные формулы внушения, которые имеют логичный, доказательный характер и подчеркивают драматизм заболевания. В поддерживающих беседах актуализируется осознание аддиктом своего заболевания, подкрепляются опасения его пагубного влияния.

Синтонные пациенты – поверхностно общительные, остроумные, быстро, но поверхностно увлекающиеся; они обладают такими полезными для терапии качествами, как способность к искреннему раскаянию, нежелание причинять горе родным и близким. У этих пациентов добиваются осознания того, что компания использует их в основном как шутов. Обращают также внимание пациента на недооценку им определенных важных моментов его жизни. С помощью наводящих вопросов дают аддикту почувствовать, как тягостно его поведение для жены и детей. Чтобы предотвратить характерную для этих личностей депрессивную реакцию во время осознания болезни, сразу же приступают к выработке

стратегии выхода из создавшейся ситуации и включают пациента в терапевтическую группу.

Неустойчивые молоджавые пациенты легко внушаемы, что облегчает суггестивную терапию, однако приводит к быстрому срыву под влиянием приятелей. На повторных сеансах гипноза формируют у них избирательную внушаемость, императивно подчеркивая, что в ситуациях соблазна они будут слушать собственную гордость и голоса близких, а не иные авторитеты. При проведении внушения избегают морализации и учитывают обстоятельства срыва.

Астенические пациенты застенчивы, легкоранимы, быстро истощаются, демонстрируют истерические реакции. Часто они скрывают нежность и хрупкость своего внутреннего мира за искусственной развязностью, показной заносчивостью и холодностью. Искреннее сочувствие и уважение помогает установить с этими больными тесный терапевтический контакт. Важно показывать такому пациенту, как приятны людям его душевные свойства, которых он стеснялся, поощрять его активное поведение в терапевтической группе. В процессе гипнотерапии внушают пациенту уверенность в себе, способность переносить насмешки бывших приятелей по поводу его воздержания. Родственникам больного указывают на его особую чувствительность ко всякой неискренности, неуважению и недоверию.

Групповая терапия

Психотерапия должна быть направлена на открытие аддиктом своей силы и обретение им умения пользоваться ею. Такую возможность лучше всего дает группа взаимопомощи, в которой сильный лидер, возможно, член группы, заменяет пациенту отца. Аддикта критикуют за его поведение, не боясь вызвать его ярость, но направляют ее в конструктивное русло социальных интересов. Наибольшее распространение получили общества «Анонимных алкоголиков» (АА, Ал-Анон) и «Анонимных наркоманов» (АН, Нар-Анон).

Общество Анонимных Алкоголиков состоит из сотрудников, пациентов и консультантов – людей с А-зависимостью, воздерживающихся в течение длительного срока и применяющих принципы программы «12 Шагов» во всех своих делах. Члены сообщества на собственном примере подкрепляют как опасения больного, так и его оптимистические ожидания. Сотрудник лечебного центра является моделью выздоровления; взаимоотношения между сотрудниками являются моделью взаимоотношений для пациентов. В ходе лечения не применяются медикаменты (пациенты поступают на лечение после детоксикации, если в ней есть необходимость). Формируется критическое отношение к болезни. Больного побуждают выражать чувство вины, не опасаясь осуждения. Пациент вынужден проявлять инициативу, взять на себя от-

ветственность за свой образ жизни. Важнейшими терапевтическими факторами являются идентификация с выздоровевшими и забота о новых больных, для которых надо быть образцом.

Собрания общества проходят в четырех формах: выступления докладчиков на открытых собраниях, на которые допускаются все желающие; закрытые встречи в небольших группах, где участники делятся мыслями и переживаниями личного характера; закрытые и четко регламентированные занятия, на каждом из которых зачитывается и обсуждается одна глава из «12 шагов и 12 заветов»; собрания для новичков, которым помогают выбрать куратора – члена общества АА с длительным сроком воздержания. В задачи куратора входит дружеское общение с новичком, разъяснение ему принципов программы организации, практические советы по воздержанию от спиртного, психологическая поддержка на начальных этапах воздержания и личный пример.

Вступающему в общество АА предлагают воздерживаться от употребления ПАВ, регулярно посещать собрания общества, найти себе куратора, избегать резких жизненных перемен и новых интимных связей. Пациенту объясняют, что А-зависимость – семейное расстройство; с ним легче справиться в обществе АА, среди людей, имеющих те же проблемы и использующих эффективные средства для их решения.

А-зависимость развивается на телесном, психологическом, социальном и духовном уровне. Окончательное физи-

ческое выздоровление, а также умеренное и контролируемое употребление алкоголя невозможно, однако можно освободиться от психологической зависимости. Для этого необходимо полностью отказаться от употребления ПАВ. Возврат к употреблению ПАВ после длительного периода воздержания влечет за собой последствия еще более тяжкие, чем до перерыва: передозировки, несчастные случаи и самоубийства. К алкоголизации побуждают состояния голода, злости, одиночества и усталости.

Выздоровление понимается как постоянный процесс работы над собой, ведущий к улучшению качества жизни; этот процесс описан двенадцатью шагами.

1. Мы зависим от алкоголя, потеряли самоконтроль.
2. Мы верим, что есть силы, возможности которых больше наших собственных.
3. Мы верим в Бога (как мы Его понимаем). Используется молитва римского императора Марка Аврелия: «Боже, дай мне разум и душевный покой принять то, что я не в силах изменить, мужество – то, что могу, и мудрость – отличить одно от другого».
4. Мы видим глубину своего падения и принимаем на себя ответственность за это.
5. Мы хотим исповедоваться в своих грехах.
6. Мы готовы совершенствоваться.
7. Мы смиренно молим об исправлении.

8. Мы перечисляем тех, кому причинили зло, и готовы искупить свою вину.

9. Мы возместили причиненный близким ущерб.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.