

Министерство образования Республики Беларусь
Учреждение образования «Витебский государственный
университет имени П.М. Машерова»

Т.Ю. Крестьянинова, Ю.Н. Торчило

**СОДЕРЖАТЕЛЬНЫЕ И ДИНАМИЧЕСКИЕ
ХАРАКТЕРИСТИКИ РЕФЛЕКСИИ
УЧАСТНИКОВ ГРУПП
ВЗАИМОПОМОЩИ ДЛЯ ЛИЦ
С АЛКОГОЛЬНОЙ АДДИКЦИЕЙ**

Монография

*Витебск
ВГУ имени П.М. Машерова
2024*

УДК 159.955:616.89:178.1
ББК 88.53+51.1(2)5+54.194
К80

Печатается по решению научно-методического совета учреждения образования «Витебский государственный университет имени П.М. Машерова». Протокол № 2 от 20.12.2023.

Одобрено научно-техническим советом ВГУ имени П.М. Машерова. Протокол № 8 от 20.11.2023.

Авторы: доцент кафедры психологии ВГУ имени П.М. Машерова, кандидат биологических наук, доцент **Т.Ю. Крестьянинова**; главный внештатный психотерапевт Витебской области, заведующий диспансером УЗ «Витебский областной клинический центр психиатрии и наркологии», врач-психиатр-нарколог высшей квалификационной категории **Ю.Н. Торчило**

Р е ц е н з е н т ы :

заведующий кафедрой психотерапии и наркологии Казанской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор *А.М. Карпов*; профессор кафедры теории и методики физической культуры и спортивной медицины ВГУ имени П.М. Машерова, доктор медицинских наук, профессор *Э.С. Питкевич*; заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Белорусского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор *Э.А. Доценко*

Крестьянинова, Т.Ю.

К80 Содержательные и динамические характеристики рефлексии участников групп взаимопомощи для лиц с алкогольной аддикцией : монография / Т.Ю. Крестьянинова, Ю.Н. Торчило. – Витебск : ВГУ имени П.М. Машерова, 2024. – 160 с.
ISBN 978-985-30-0114-3.

Монография посвящена содержательным и динамическим характеристикам рефлексии участников групп взаимопомощи для лиц с алкогольной аддикцией, принципам организации психологического принимающего пространства.

Предназначена для специалистов в области аддиктологии, консультантов по химическим зависимостям, психологов, психиатров-наркологов и всех интересующихся проблемой реабилитации химических аддиктов.

УДК 159.955:616.89:178.1
ББК 88.53+51.1(2)5+54.194

ISBN 978-985-30-0114-3

© Крестьянинова Т.Ю., Торчило Ю.Н., 2024
© ВГУ имени П.М. Машерова, 2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	5
ВВЕДЕНИЕ	7
Глава 1. Теоретико-методические подходы к проблеме организации принимающего пространства и групп взаимопомощи для лиц с алкогольной аддикцией	10
1.1 Категория аддикции в различных психологических традициях	10
1.2 Психологическая характеристика личности с алкогольной аддикцией	31
1.3 Особенности самооценки у лиц с алкогольной аддикцией	41
1.4 Группы взаимопомощи. Поливариантность принимающего пространства	50
Глава 2. Содержательные и динамические характеристики рефлексии участников групп взаимопомощи для лиц с алкогольной аддикцией	62
Глава 3. Коррекция самооценки в условиях психологического принимающего пространства для лиц с алкогольной аддикцией	101
Глава 4. Особенности организации и курации групп взаимопомощи в рамках психологического пространства	111
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	116
ЛИТЕРАТУРА	119
ПРИЛОЖЕНИЯ	147

ПРЕДИСЛОВИЕ

Алкогольная аддикция является актуальной проблемой человечества на протяжении многих веков. В настоящее время она признается одной из основных причин смертности населения, особенно мужчин трудоспособного возраста. Многообразные негативные последствия алкоголизма оказывают существенное влияние на снижение продолжительности и качества жизни миллионов людей, живущих и работающих среди зависимых от алкоголя и созависимых от них родственников – женщин и детей. Алкоголизм привлекает внимание многих исследователей, изучающих разные его составляющие – биологические, медицинские, психологические, социальные, культуральные, духовные, экономические, демографические и другие. Эта проблема настолько сложная, многогранная, противоречивая, с размытыми границами между специальностями и ведомствами, что для ее достойного решения требуется еще много исследований.

Название монографии точно отражает ее цель и задачи выборки контингента и методик исследования содержательных и динамических характеристик рефлексии участников групп взаимопомощи для лиц с алкогольной аддикцией, а также принципов организации психологического принимающего пространства. Это очень тонкие, значимые и малоизученные феномены. В психологическом пространстве социума преобладает субъективное, не понимающее, негативное, стигматизирующее и не принимающее отношение к людям с алкогольной зависимостью. Авторы проявили глубокий, искренний гуманизм, терпение и мужество, чтобы показать обществу «ошибки», приводящие к формированию алкогольных аддиктов из здоровых, невинных детей, а затем их неприятие и стигматизацию. Понимание и устранение этих «ошибок» будут способствовать сохранению соматического, психологического, психического и духовного здоровья миллионов людей, повышению продолжительности и качеству жизни населения многих стран.

Фокусирование темы позволило исследователям глубоко, комплексно и системно раскрыть психологические составляющие формирования специфических характеристик личности алкогольных аддиктов с первых лет их жизни. Авторы проанализировали причины, психологические механизмы, личностные, поведенческие и клинические феномены развития алкогольной зависимости в динамике, а также их трансформацию во время прохождения Программы «12 шагов».

Данная Программа применяется уже 90 лет и дает положительные результаты. За эти годы произошло много кардинальных перемен: принята новая биопсихосоциальная научная парадигма, достигнуты выдающиеся успехи в психологии, психофизиологии, психиатрии, наркологии, психотерапии, физиотерапии, биохимии, фармакологии, лабораторной и лучевой диагностике. Появились современные методики определения в организме психоактивных веществ (ПАВ), возможность количественного измерения

большинства параметров наркоманического гомеостаза, функций мозга, характеристик личности, качества жизни и другие эффективные, доказательные методики лечения и реабилитации. Весьма известны, признаны и развиваются убедительные, конструктивные, мотивирующие на сознательную трезвость идеи академика Ф.Г. Углова. В России более 50 лет широко и успешно применяется малозатратная, доступная психолого-педагогическая методика нашего соотечественника Г.А. Шичко. Ее применение позволяет получать высокие и стабильные результаты за месяцы целенаправленной работы зависимых и их наставников. Это в разы быстрее, дешевле и проще, чем Программа 12 шагов. Предложена программа «7 ступеней освобождения от зависимостей», развивающая идеи «12 шагов».

Однако Программа 12 шагов сохраняет свою востребованность и эффективность. Очевидно, что в ней есть очень ценные и значимые психологические элементы, понятные только людям, имеющим соответствующий опыт, которые позволяют ей выдерживать конкуренцию с более новыми технологиями и методиками лечения и реабилитации людей с алкогольной зависимостью. В рецензируемой монографии авторы это проанализировали по каждому шагу и отметили положительные конструктивные изменения в психологии и поведении аддиктов. Программа не использует никакой техники, но создает пространство приятия на душевном и духовном уровне зависимых, созависимых, «победивших» зависимость, достигших полноценной, многолетней ремиссии. Люди, преодолевающие и преодолевшие трудные испытания аддикциями, приобретают бесценный опыт страдания и сострадания, смирения, терпения, душевного труда, веры, надежды, человеческой солидарности, ответственности перед Богом за себя и других. Эти человеческие качества обретаются длительным, систематическим, душевным трудом, необходимым для достижения общих целей и объединяют людей. В монографии раскрыты некоторые таинства этого труда, представляющие ценность и интерес для специалистов, работающих в пространстве оказания помощи людям, душевно и духовно страдающим от зависимостей и их последствий.

А.М. Карнов, заведующий кафедрой психотерапии и наркологии Казанской государственной медицинской академии – филиала Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская государственная медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ

В Республике Беларусь как для взрослого населения, так и для молодежи проблема алкогольной зависимости (аддикции) продолжает быть актуальной. Как медико-социальные последствия употребления алкоголя и других психоактивных веществ, отмечается ранняя и высокая смертность зависимых, увеличение числа суицидальных попыток, числа дорожно-транспортных происшествий, производственного травматизма. Употребление психоактивных веществ, в частности алкоголя, является причиной разводов, социального сиротства, домашнего насилия. Социологические исследования, проведенные Республиканским центром наркологического мониторинга превентологии среди учащейся и работающей молодежи, показали, что уровень распространенности у потребления алкоголя составляет 70,8% среди учащейся молодежи и 68,5% среди работающей [1].

В 2018 году организации торговли реализовали 7,2 млн декалитров алкогольных напитков, что на 3,4% больше, чем в 2017 году. Продажа алкогольной продукции в 2018 году в г. Витебске на человека составила 8,2 литра, по данным главного управления торговли и услуг Витебского облисполкома. УВД Витебского облисполкома, сообщало, что в 2018 г. у жителей города изъято 26124 литра самодельных спиртных напитков [2].

По официальным данным Национального статистического управления Республики Беларусь, за 2021 г. по всей стране зарегистрировано 12734 случаев впервые установленного диагноза алкоголизм, что составляет 136,9 на 100000 населения, в том числе в Витебске и Витебской области 1951 случаев, что составляет 175,4 на 100000 населения. В других областях и г. Минске: Брестская – 2085, Гомельская – 2202, Гродненская – 1433, Минская – 2222, Могилевская – 1668, г. Минск – 1173 случаев на 100000 населения. В этом же году в Республике Беларусь зарегистрировано 452 случая впервые установленного диагноза наркомания (4,9 на 100000 населения), в Витебске и Витебской области 29 случаев (2,6 на 100000 населения). В других областях и г. Минске: Брестская – 2,6, Гомельская – 7,7, Гродненская – 3,4, Минская – 5,8, Могилевская – 4,1, г. Минск – 6,2 случаев на 100000 населения. Принимая во внимание тот факт, что зависимости характеризуются хроническим прогрессирующим течением, случаи впервые установленного диагноза говорят лишь о количестве прецедентов, которые добавляются к уже имеющимся. Соответственно, болезненность алкогольной зависимостью в Витебске и Витебской области в 2021 г. составила 1646,20 на 100000 населения, всего на наркологическом учете состоит 5758 человек (каждый 192-й житель области) [2].

С обратившимся за медицинской помощью, как правило, проводятся мероприятия по детоксикации и подавлению влечения к алкоголю, однако в большинстве случаев наступают рецидивы из-за нерешенных

психологических проблем, стигматизации общества и самостигматизации, сложностей социализации, духовной составляющей болезни.

Действующие на сегодня клинический протокол оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами (2010) и клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с психическими и поведенческими расстройствами врачами общей практики» (2020) указывают на то, что «...важную роль играет психообразование пациентов и их семей и необходимость медицинской реабилитации, включающей психотерапию, психологическую помощь и социальную работу с пациентом после достижения воздержания от употребления ПАВ. Данный этап направлен на предупреждение рецидивов синдрома зависимости; реализуется путем пребывания пациента как в стационарных, так и в амбулаторных реабилитационных отделениях (центрах), длительной поддерживающей психотерапии в амбулаторных условиях. Постреабилитационная фаза предусматривает посещение групп самопомощи «Анонимные Алкоголики» или «Анонимные наркоманы» и других, участие в терапевтических сообществах пациентов при организациях здравоохранения. Медицинская реабилитация может проводиться и пациентам, получающим заместительную поддерживающую терапию или фармакотерапию сопутствующих психических и поведенческих расстройств. Данный этап по согласованию с пациентом может длиться неопределенно долго...» [4; 5].

Сегодня признано, что вопрос химических зависимостей является одним из самых сложных феноменов современной медицины и рассмотрение его возможно лишь с позиций междисциплинарного подхода. Основная помощь при психических и поведенческих расстройствах в результате употребления алкоголя осуществляется по модели неотложной помощи при острой интоксикации. Однако потребность в медицинской помощи таким пациентам существенно шире, роль поддерживающей психотерапии чрезвычайно высока, в том числе и Программы «12 шагов Анонимных Алкоголиков».

Программа «12 шагов» была разработана в 30-е годы XX века, изначально она применялась для лечения алкоголиков, а спустя два десятка лет — для лечения наркоманов. Миллионы алко- и наркозависимых получили возможность начать здоровую жизнь без веществ именно благодаря программе, которая признается наиболее эффективной и используется в лучших наркологических клиниках всего мира. В 1951 году «Анонимным Алкоголикам» была вручена премия Ласкера. Следующая цитата, в частности, гласит: «...Американская общественная ассоциация здравоохранения по итогам 1951 года вручает “Анонимным Алкоголикам” премию Ласкера в знак признания организации ими уникального и высокоэффективного подхода к решению этой вековой проблемы здравоохранения и общества — алкоголизма... Подчеркивая, что алкоголизм — это болезнь, можно постепенно снять пятно общественного позора, связанное с ним... Когда-нибудь историки, возможно, признают, что “Анонимные Алкоголики” стали

замечательным предприятием в деле общественных первопроходцев, которые изобрели новый инструмент для совместного действия; совершенно новую терапию, основанную на общности и сходстве страданий и имеющую огромный потенциал в вопросе лечения несметного количества других проблем человечества...» [6]. К слову, сегодня программа эффективно используется для контроля нехимических зависимостей (пищевая, игровая, сексуальная, любовная, созависимость).

В Республике Беларусь социально-психологическое сопровождение химических аддиктов осуществляется на государственном уровне в: психологических консультациях, телефонной службе доверия, амбулаторных и стационарных программах, учреждениях исполнения наказания. Кроме того, существуют частные, религиозные (католические, православные, протестантские) реабилитационные центры. Одним из компонентов реабилитации везде является признание собственной несостоятельности в отношении вещества (1-й шаг 12-шаговой программы). Таким образом, осознанное понимание происходящих в 12-шаговой программе процессов является необходимым инструментом в деятельности психологов и социальных педагогов. Большинство носителей 12-шаговой культуры объясняют изменения, происходящие с зависимой личностью в программе действием Высшей Силы. Однако психологам и социальным педагогам необходимо более рациональное объяснение.

Зависимость от психоактивных веществ (алкоголизм, наркомания, токсикомания) – семейная болезнь. Во-первых, она может встречаться у нескольких членов одной и той же семьи, передаваться из поколения в поколение (к примеру, поражать одновременно отца и сына, нескольких братьев и сестер, проследиваться у более дальних родственников). Конечно, подобное не является неизбежным, поэтому в каждой такой семье наряду с больными есть и здоровые в этом отношении лица [7].

Во-вторых, даже если в семье только один химический зависимый, то все остальные ее члены страдают психологически. Просто невозможно жить рядом с алкоголиком и не быть вовлеченным в его болезнь эмоционально. Психическое состояние родственников больных зависимостью обозначают термином созависимость [7].

Родственники больных страдают не меньше, а порой даже больше (поскольку они не пьют и переносят свою боль без алкогольного наркоза), чем сами больные. Для больных есть сеть наркологических диспансеров и больниц, частные лечебные учреждения тоже ими занимаются. А куда может обратиться родственник больного за помощью, например, жена алкоголика? Только в некоторых лечебных учреждениях есть специалисты, уделяющие внимание родственникам. Часто лечебные учреждения ограничиваются лишь краткой консультацией родственника [7].

Многие исследователи отмечают, что в формировании химической зависимости значительную роль играют личностные особенности индивида,

в частности самооценка, как компонент самосознания. Роналд Т. Поттер-Эфрон подчеркивает, что стыд и вина постоянно вторгаются в мир алкоголиков и в их семьи. Отношения между этими двумя чувствами и химической зависимостью весьма сложны. Это свидетельствует о том, что данный вопрос нельзя безопасно игнорировать ни выздоравливающему индивиду, ни специалисту, занимающемуся медицинским и психологическим сопровождением химических аддиктов. Безусловно, качественная трезвость включает в себя появление здоровой гордости и ясного чувства ответственности, которые невозможны, пока индивид подвергается атакам непреодолимого чувства стыда или вины [8].

Доказано, что личностные проблемы алкогольного аддикта не решаются с прекращением употребления и требуют длительного периода реабилитации в условиях психотерапевтической группы или группы взаимопомощи [9].

Поэтому существует несколько проблем: 1) лицам, страдающим алкоголизмом и вступившим на путь трезвости, членам их семей, детям, выросшим в семьях, где родители страдали алкоголизмом, сложно социализироваться и преодолеть сложившееся в обществе негативное мнение об этой болезни без переживания чувства собственной несостоятельности и еще большего одиночества, чем в период злоупотребления алкоголем; 2) лицам, осуществляющим медицинское, социальное и психологическое сопровождение зависимых необходимо четкое понимание процессов, происходящих в группах взаимопомощи, работающих по Программе «12 шагов» [9–11].

Целью данной работы является попытка описать особенности личности химического аддикта, формы организации групп взаимопомощи и процессы в них происходящие.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПРИНИМАЮЩЕГО ПРОСТРАНСТВА И ГРУПП ВЗАИМОПОМОЩИ ДЛЯ ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ АДДИКЦИЕЙ

1.1 Категория аддикции в различных психологических традициях

Аддикции определяются как паттерн стойкого ухода от реальности, достигаемый посредством изменения психического состояния [9]. Происходящее под влиянием приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных предметах или активностях (видах деятельности), изменение психического состояния сопровождается развитием интенсивных эмоций. Со временем процесс употребления того или иного вещества, изменяющего психическое состояние, привязанность к предмету или участие в активности принимает такие размеры, что начинает управлять жизнью человека, делает его беспомощным, лишает воли к противодействию аддикции [9–15].

По мнению Ц.П. Короленко, «...основой возникновения и развития аддикций является стремление к изменению психического состояния, которое чем-то дискомфортно для индивидуума. Содержание психологической реальности, от которой старается избавиться индивидуум, бывает различным, так же как и могут быть различными способы ее избавления. Вызывающая психологический дискомфорт реальность может приводить в состояние подавленности, грусти, неуверенности, обиды, тревожного ожидания, разочарования, скуки; включать элементы растерянности, беспомощности, безнадежности, низкую личностную и социальную самооценку...» [9]. Другие исследования подтверждают, что «...отрицательные переживания, лежащие в основе формирования аддикций, обычно не достигают уровня, характерного не только для психотического, но и для непсихотического (“невротического”) уровня расстройства...» [9; 16–20].

Желаемое изменение настроения по аддиктивному механизму может быть достигнуто различными способами: с помощью приема алкоголя или веществ, изменяющих психическое состояние; участием в азартных играх, включая современные компьютерные игры; посредством сексуальной аддикции; перееданием или голоданием; длительным прослушиванием ритмичной музыки; полным погружением в какой-то вид деятельности, забывая о своих других жизненно важных проблемах и обязанностях (собственное здоровье, благополучие семьи, забота о детях и др.) [9–12].

Развитие каждой специфической формы аддикции начинается с аттачмента – стойкой и сильной эмоциональной фиксации на воздействие, изменившим дискомфортное психическое состояние. Выход из состояния дискомфорта в результате воздействия аддиктивного агента, которым

может быть не только химическое вещество, алкоголь или наркотик, сопровождается возникновением различных форм психической релаксации или стимуляции в виде прилива энергии, возбуждения, эйфории, безмятежности, освобождения от внутреннего эмоционального напряжения, озабоченности, скуки, страха несостоятельности, чувства обязанности, социальной ответственности, избавления от сниженной самооценки, неполноценности. Резкое отличие от предшествующего психического состояния приводит к усилению аддиктивного эффекта. Появляется чувство возможности контролировать самостоятельно свои эмоциональные состояния, избавляться от нежелательных эмоций без чьей-либо помощи, что было ранее невозможно. Осознание такой возможности контроля само по себе имеет сильный психологический эффект, так как повышает самооценку, веру в собственные силы, избавляет от межличностной зависимости [9; 21–23].

Дезинтеграция общества, нарастающие изменения в нем, невозможность некоторых членов общества своевременно к ним адаптироваться являются макросоциальными факторами, влияющими на развитие аддиктивного поведения. К микросоциальным факторам, способствующим формированию аддиктивного поведения, относят семейные и внесемейные взаимодействия, которые определяют индивидуальные реакции, особенности общения, систему предпочтений индивидуума. Влияние микросоциальных факторов может быть как конструктивным (поддерживает развитие, способствует продуктивному общению, развивает взаимопонимание), так и деструктивным (происходит фиксация на страхе, комплексе вины и неполноценности). Часто в одной семейной системе происходит чередование продуктивных и деструктивных взаимодействий, в зависимости от встраивания в позицию треугольника Карпмана. Ряд исследователей отмечают: «...воздействие семьи на психологическое состояние ребенка проявляется уже в самом раннем периоде его жизни. Появлению аддикций способствует такой фактор, как невозможность установить четкие границы между членами семьи, что приводит к незнанию круга обязанностей, уходу от ответственности и стремлению избавиться от чувства вины аддиктивным образом. Человек в повседневной жизни стремится к психологическому комфорту в любой ситуации, но это не всегда удается, и поэтому он погружается в ту или иную аддикцию или “пагубную привычку” (John, 1991). В основе практически всех зависимостей лежит внутриличностный конфликт или противоречия, с которыми личность не может справиться, не прибегая к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния (употребление алкоголя, наркотиков) или фиксируя свое внимание на определенных предметах или активностях (Завьялов, 1988). Поэтому “зависимая личность” представляет собой личностное нарушение (Loas et al., 1991)...» [9; 14–18].

Теории аддиктивного поведения находят отражение в различных психологических традициях.

Биологическая теория аддиктивного поведения. Ряд авторов небезосновательно считает, что существует врожденная уязвимость отдельных личностей по отношению к психоактивным веществам, включающим и алкоголь. Так, Anne Buu показала, что психопатология родителей, социально-экономический статус семьи и нестабильность проживания по соседству – все это важные факторы риска развития расстройства, связанного с употреблением психоактивных веществ, и другой сопутствующей психопатологии [12]. Выявлено, что отягощенная наследственность по алкогольной зависимости влияет на более раннее начало употребления алкоголя, быструю прогрессивность зависимости, склонность к поиску острых ощущений и нового опыта, повышенную двигательную активность, гиперабхисимосшь, снижение внимания, замкнутость, избегание, ригидность, которые в последующем являются факторами риска формирования зависимого поведения [19; 25–27, 34]. Генетические факторы влияют на врожденные нарушения обменных процессов в системах нейромедиаторов, обмен и транспортировку серотонина, дофамина, ГАМК, изменения плотности рецепторов в нейромедиаторных системах; недостаточную способность мозга окислять альдегиды, висцерогуморальные и эндокринные расстройства, неполноценность высших отделов центральной нервной системы, психические болезни и патологии характера. Дети, рожденные в семьях алкоголиков, более подвержены алкогольной зависимости, чем дети здоровых родителей. Наследуется не сама болезнь, а биологические особенности, способствующие ее развитию [34]. В.В. Иванов соглашается с тем, что «...эта уязвимость связана с тонкими биохимическими обменными процессами, происходящими в человеческом организме. Не исключено, что эта уязвимость генетически запрограммирована. Во всяком случае, наш обыденный опыт показывает, что разные люди, находящиеся примерно в одних и тех же условиях, и одинаково невежественные в отношении последствий пьянства, спиваются в разном темпе...» [24] и считает: «...если признать, что причиной алкоголизма являются только биологические факторы, решением может быть только принудительная детоксикация и изоляция в ЛТП. Однако существует множество трезвых алкоголиков с очень дурной в плане алкоголизма наследственностью. Известны дети тяжелых алкоголиков, которые, став взрослыми никогда не прибегают к алкоголю в качестве средства, изменяющего состояние их сознания. Так что биология – это еще не все...» [24].

Психоаналитические теории аддиктивного поведения. В психодинамической психотерапии сегодня представлены три основных направления психоаналитической теории: эго-психология, которая начинается с классической теории психоанализа Фрейда, а также работ таких авторов, как Якобсон и Гартманн; теория объектных отношений, представленной в Британской школе (Винникотт, Балинт); Я-психология, сформулирован-

ная и разработанная Хайнцем Кохутом, при исследовании нарциссических расстройств личности [25; 26; 28–34].

Интрапсихический мир в Эго-психологии представлен как мир конфликтов. Также, как и в аналитических направлениях, эго-психология уделяет особое внимание вопросам развития. Ранняя теория Фрейда о либидинальных зонах и оральной, анальной и генитальной фазами, отмечает оральную стадию психосексуального развития у аддиктивных пациентов (Freud, 1905; Abraham, 1908; Rado, 1926). Эго-психология утверждает, что влечения (либидинальные и агрессивные) первичны, а объектные отношения вторичны. Таким образом, основной задачей, которую преследует младенец, является разрядка напряжения, возникающего под давлением влечений. Теория же объектных отношений утверждает, что влечения появляются в контексте отношений внутри диады «ребенок–мать». Британская школа теории объектных отношений настаивает на необходимости теории дефицита и теории конфликта для полного психоаналитического понимания личности. М. Малер (1958) своими исследованиями способствовал пониманию патогенеза пограничных состояний. Он считал, что психологический дефицит становится причиной определенной модели поведения. Это характерно для пациентов с аддиктивными формами поведения [27; 29–33].

Занимаясь пациентами, жалобы которых состояли в депрессивности, чувстве пустоты, неудовлетворенности отношений с окружающими, Кохут (Kohut, 1977) разработал Я-психологию, где пациент предстает человеком, который для поддержания самоуважения и целостности «Я» нуждается в одобряющих реакциях со стороны других людей. Кохут выяснил, что детство его пациентов прошло в семьях, где родители были неспособны выполнять свои родительские функции. Самооценка таких пациентов страдала от любого проявления неуважения. В работах Эдварда Ханзяна (Khantzian, 1990, Khantzian, Mack, 1994) также находятся данные о родительских неудачах в попытке поддержать самоуважение ребенка, впоследствии уходящего в аддикцию [28].

Вурсмер (1987) сравнивает аддиктивное поведение с тяжелой компульсивностью, являющейся частью невротического процесса, Kubie (1954, 1978) выделяет три критерия аддиктивного поведения. Первый – компульсивность, с характерной ненасытностью, автоматической и бесконечной повторяемостью. Вторым критерием – это «черно-белое» мышление, разделение окружающей действительности на полярные полюса. Третий критерий – крайний «нарциссизм», чувство уникальности собственных переживаний и требования от других людей их эмоциональной подпитки. Вурсмер предлагает в терапии аддикций использовать те же принципы, что и в терапии неврозов, поскольку перечисленные выше критерии в полном объеме характерны и для невротического процесса [28].

Теории, доказывающие, что аддикции развиваются как результат длительных невротических конфликтов, структурного дефицита, генетической

предрасположенности, семейных и культурных условий, а также влияний окружающей среды (Sabsheen, 1978), противопоставляются теории, считающей, что фокус зависимости – получение удовольствий (теория гедонизма). Согласно исследованию (Savitt, 1963), на раннем этапе развития прерванных отношений «мать–ребенок» у каждого человека развивается ядро аддиктивных процессов, характеризующих впоследствии пристрастие к еде, табаку, сладостям или кофе, веществам, изменяющим сознание [28].

Как отмечает И.Г. Малкина-Пых, «...Выдвинутое ранними психоаналитиками предположение, что все случаи зависимости представляют регрессию на оральную стадию психосексуального развития, уступило место иной концепции, согласно которой все случаи аддиктивного поведения имеют защитную и адаптивную функцию. Сегодня многие психоаналитики считают, что главным в аддиктивном поведении является не импульс к саморазрушению, а дефицит адекватной интернализации родительских фигур и нарушение способности к самозащите (Khantzian et al, 1990). Некоторыми психоаналитиками (Blatt et al, 1984) было проведено углубленное исследование зависимого поведения, что привело к определению ряда факторов, его вызывающих: потребность в контейнировании агрессии; страстное желание удовлетворить стремление к симбиотическим отношениям с материнской фигурой; желание ослабить депрессивное состояние...» [28].

Борьба с чувством стыда и вины, ощущением своей никчемности с повышенной самокритичностью занимают значительную часть жизни аддикта. И.Г. Малкина-Пых в своем теоретическом исследовании отмечает, что «...в работах Wursmer (1987) подчеркивается, что Супер-Эго становится для аддиктивной личности суровым мучителем, поэтому карающее Супер-Эго аддикта должно привлекать внимание психотерапевта не меньше, чем карающее Супер-Эго тяжелого невротического пациента. По мнению Э. Ханзяна, главная причина всех аддиктивных расстройств – это страдания, которые аддикты пытаются облегчить с помощью алкоголя, еды и т.д. и отражающие трудности в сфере саморегуляции, включающей четыре основных аспекта психологической жизни: чувства, самооценку, человеческие взаимоотношения и заботу о себе. Анализ клинической работы с аддиктивными пациентами свидетельствует о наличии у них серьезных проблем, суть которых в неспособности управлять своими аффектами, поддерживать здоровые отношения с окружающими, а также адаптивно изменять и контролировать свое поведение (Milkman, Frosch, 1973). Обширная психопатология, включающая в себя существенную дефицитарность мотивационно-аффективной сферы, неспособность заботиться о себе и контролировать свои импульсы, предопределяет возникновение аддикции (Khantzian, 1978). Аддиктивные пациенты страдают от того, что не чувствуют себя «хорошими» и поэтому не способны удовлетворить свои потребности, они мечутся между самопожертвованием и эгоцентризмом,

требующая позиция быстро сменяется презрительным отвержением помощи и отказом принять свою потребность...» [28].

Ссылаясь на мнение Кристал (1982), И.Г. Малкина-Пых подчеркивает, что «...многие аддиктивные пациенты не способны дифференцировать свои чувства, склонны соматизировать аффект и не могут выражать свои чувства словами. Они не могут идентифицировать у себя различные эмоциональные состояния, например, отличить тревогу от депрессии, рассказать, больны ли они, устали или голодны, испытывают печаль или гнев. Версер (1974) основой аддиктивных расстройств называет “дефект аффективной защиты”. По этой же причине Wieder, Kaplan (1969) называют вещества, вызывающие зависимость, “корректорами или протезами”, так как они помогают аддиктам компенсировать дефицитарность защиты от сильных эмоциональных переживаний...» [28].

В пособии по виктимологии «...описан феномен “продления боли”, согласно которому аддиктивные пациенты намеренно активно продлевают состояние дисстресса, продолжая активно употреблять вещества, вызывающие зависимость, с целью повторять оставшуюся неразрешенной боль, появившуюся на ранних стадиях развития. От чувства беспомощности в травмирующей ситуации и от неспособности контролировать переполняющие эмоции личность 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, личность приобретает поразительную нестабильность и ненадежность (Wurmser, 1974). Межличностные отношения слишком непредсказуемы для аддикта, они требуют больших усилий, немалых эмоциональных затрат, напряжения мыслительной деятельности и отдачи. Взаимодействие же с неодушевленными веществами, предметами и видами деятельности всегда предсказуемо, эффект достижения комфорта почти всегда гарантирован. Неодушевленными предметами легко манипулировать, поэтому растет уверенность в способности контролировать ситуацию. Страшно то, что манипулятивный стиль переносится в сферу межличностных контактов. Таким образом, во взаимодействии аддиктивной личности с миром происходит специфическая переориентация: “одушевляются” предметные отношения с аддиктивными агентами и “опредмечиваются” межличностные отношения...» [28]. К способствующим социальным факторам относятся: воспитание в дисфункциональной семье (проблемы в межличностных отношениях, потеря чувства безопасности и недоверие к окружающим, избыточный контроль, который в последующем вызывает протест, недостаточная духовная близость, отрицание проблем, ложь, агрессия, конфликтность, соперничество, раннее избегание семейной обстановки и приобщение к асоциальным группам) [34].

Н.Н. Иванец и И.В. Белокрылая считают, что наибольшую актуальность для психотерапевтического процесса представляют бессознательные аспекты основного феномена зависимости – патологического влечения к ПАВ, его глубинный личностный смысл. Для наиболее полного его раскрытия целесообразно сопоставить данные, полученные в рамках основных теоретических направлений современного психоанализа: эгопсихология, Я (self)-психология и теория объектных отношений (G. Blum, 1999). Эгопсихология понимает сущность патологического влечения к ПАВ посредством установления его связей с нормальными влечениями человека, процессами их динамической трансформации. Возникая у взрослого индивида, оно является опосредованным выражением, эквивалентом стремления к удовлетворению первичных влечений (в суррогатной форме) и снятию индуцируемого ими напряжения. Если рассматривать синдром патологического влечения к ПАВ в контексте с вышесказанным, то прежде всего, обращает на себя внимание его соответствие достаточно раннему, архаическому состоянию сферы влечений. Как любое влечение подобного рода оно отличается: значительной силой; малодоступностью самоконтролю (т.е. фактически не интегрировано в структуру психических функций Я); ригидной направленностью на один объект (алкоголь и/или наркотик). Следовательно, зависимость от ПАВ, в основе которой лежит данный синдром, соответствует тяжело нарушенному, регрессивному состоянию личностной сферы индивида [35–37].

У химического аддикта в связи с патологическим влечением к ПАВ в противоположность влечениям здорового человека на первый план выдвигается не только и не столько удовлетворение и получение удовольствия, сколько устранение невыносимого напряжения. Последнее сопоставимо с опасностью травмы, потребностью в устранении боли и предотвращении смерти и воспринимается так, как младенец воспринимает голод, т.е. как угрозу своему существованию (O. Fenichel, 2004). Многие авторы солидарны друг с другом относительно того, что зависимость от ПАВ имеет функцию облегчения и представляет собой патологический способ самолечения. Она является гротескной, искаженной формой нормального защитного механизма, служащего преодолению тревоги. Использование психотропных веществ временно модулирует течение регрессивных состояний, усиливая защиты Эго, не справляющегося с натиском таких мощных аффектов, как гнев и стыд. Неизбежно возникает вопрос: от чего аддикт тщетно пытается «защититься», употребляя алкоголь либо наркотики, какие интрапсихические задачи он тем самым пытается решить? [36; 37].

Н. Kohut (1971), основоположник self-психологии, регистрировал в раннедетском развитии аддиктов отсутствие нормальной для этого возраста идеализации и последующей адекватной интернализации родительских фигур, которая служит необходимой предпосылкой для формирования чувства целостности и самоуважения в зрелом возрасте. По этой причине

у алкоголиков и наркоманов снижена способность рефлексировать, нарушены саморегуляция аффективной сферы и контроль над импульсами, они не способны формировать адекватную самооценку, а также поддерживать близкие межличностные отношения и модулировать аффекты, связанные с близостью. Аддикты колеблются между депрессивным ощущением внутренней пустоты, ненужности и фармакологически создаваемым регрессивным состоянием инфантильно-нарциссического всемогущества и величия с потребностью в слиянии с идеальными объектами. Упор на родительские неудачи в попытке поддержать самоуважение ребенка характерен и для многих современных психоаналитических работ по аддиктивному поведению [36; 37; 131–133].

С позиций теории объектных отношений влечения появляются в контексте отношений внутри диады «ребенок–мать» и, таким образом, не могут быть отделены от этих отношений. Представители этой школы полагают, что развитию малыша вредит неудача либо неспособность матери удовлетворять его базисные потребности (теория дефицита). Различные формы аддиктивного поведения рассматриваются как вторичные патологически-компенсаторные, суть которых состоит в восполнении недостающих интеракций и аффектаций [36; 37].

Патологическое влечение к ПАВ соответствует объектным отношениям орально-садистического типа, в норме формирующихся на рубеже 1–2-го года жизни. Если поведение матери адекватно балансирует на грани слияния–отделения, то ребенок постепенно обретает уверенность в том, что даже в состоянии отрыва, отдаления от матери, она тем не менее останется где-то рядом и готова вновь обеспечить ему, если в том будет необходимость, восстановление примитивной грандиозной идентичности. Если мать не устраняет, не компенсирует аффекты фрустрации у ребенка, не поддерживает необходимое время «иллюзию симбиоза», то связанные с преодолением травмы сепарации защитные механизмы продолжают фиксировать на себе значительную часть энергии влечений. Вследствие такого положения личность не получает возможности прогрессировать до решения следующих, более сложных задач развития, и ее психические структуры частично задерживаются на соответствующем проблеме сепарации уровне функционирования [36; 37].

Будучи неодушевленным предметом, но при этом обладая мощным психотропным действием, наркотик (алкоголь) фактически оказывается носителем объектных свойств, т.е. характеристик ключевых фигур истории жизни субъекта. Так, алкоголь успокаивает, улучшает настроение, повышает самооценку и одновременно служит «карающей, наказующей» инстанцией, побуждающей к самообвинениям и просто приносящей физические страдания. Наркотик (особенно опийного ряда) также порождает страдания («ломка», депрессия, суицидальные мысли и др.), но при этом помимо непосредственного фармакологического (седативного либо

тонизирующего) эффекта обладает уникальным свойством. Он делает тягостный для трезвого осознания факт «неспособности субъекта в реальности найти то, что ему требуется» терпимым и даже приемлемым (Р. Kutter, 1997). Наркотик устраняет у лиц, предрасположенных к наркомании, овладевающие ими ощущения «пустоты», скуки и создает крайне привлекательную иллюзию наполненности смыслом, оживления и собственной нужности. Не случайно, что за эти эффекты аддикты «прощают» наркотику его вредоносное действие, которое, как правило, полностью игнорируют, в чем обычно проявляется хорошо знакомая наркологам не критичность пациентов к болезни. Таким образом, наркотики и алкоголь как бы воссоздают в психопатологической картине зависимостей аномальную преморбидную структуру объектных отношений. Соответственно, психологические истоки формирующегося в подростковом и зрелом возрасте патологического влечения к ПАВ начинаются в психических травмах раннего детского возраста. Эти травмы, в свою очередь, связаны как с объективно тяжелыми условиями детского развития, так и с особым рода семейными конstellляциями, сопряженными с эмоциональной депривацией и систематическими фрустрациями ребенка (Е. Luerssen, 2001). Таким образом, по мнению большинства психотерапевтически ориентированных исследователей, основа аддиктивных расстройств – это, прежде всего, страдание и лишь во вторую очередь – стремление к удовольствию и сопутствующее ему саморазрушение [36; 37].

В младенчестве травматические переживания не связаны с аффектами беспомощности, страха и скорби, как у взрослых, но определяются особой природой инфантильной, незрелой эмоциональности. В состоянии дистресса, например, возникшего в ответ на внезапное лишение матери, ребенок, в отличие от взрослого, не способен самостоятельно поддерживать и успокаивать себя, он, как правило, просто засыпает, «отключается». Повторяющиеся либо перманентно существующие психотравмирующие обстоятельства приводят к задержке психического развития ребенка и переходу в состояние апатии с повышенной требовательностью, капризностью, а затем с отстраненностью и пассивностью, известное в детской клинике под названием «анаклитическая депрессия» (R. Spitz, 1946) [36; 37].

Среди факторов, обуславливающих и поддерживающих дистресс, в некоторых случаях преобладают объективно тяжелые, безусловно-патогенные внешние ситуации: ранняя сепарация от родителей вследствие их утраты, тюремного заключения, тяжелого психического расстройства, помещения самого ребенка в приют с бездушным, жестоким обращением, сексуальным насилием и т.п. Однако в большинстве случаев психотравмирующее воздействие в детском анамнезе аддиктов носит неявный, скрытый, условно-патогенный характер, если пользоваться терминологией взрослой психиатрии. Речь идет, как правило, о неспособности ближайшего окружения, прежде всего матери, обеспечить для ребенка атмосферу доверия,

защищенности, эмоционального резонанса. Ситуация эмоциональной депривации может скрываться за внешне вполне благополучной домашней обстановкой, в частности за ситуацией гиперопеки и гиперпротекции, когда никто даже и не подозревает о том, что в отношениях родителей с детьми не хватает очень важных чувственных и поведенческих компонентов [36; 37].

Это обстоятельство подтверждается известным фактом высокой наследственной отягощенности семей наркологических больных болезнями зависимости, психопатиями, неврозами, другими расстройствами пограничного и невротического уровня, обнаруживаемых при клинико-генеалогических исследованиях. Нетрудно представить, что истинные масштабы такой отягощенности с учетом трудно выявляемых в больших выборках субклинических форм подобной патологии еще значительно больше. Эти данные, конечно же, имеют свою биолого-генетическую интерпретацию, но в личностно-психологическом контексте речь идет о том, что первоначально значимые, «опорные» для ребенка родительские фигуры часто сами страдают различными формами личностных расстройств, препятствующих полноценному эмоциональному взаимодействию в семье и, как следствие, нормальному психическому развитию потомства [36; 37].

Исходы ранней травматизации, подобно последствиям посттравматического стрессового расстройства у взрослых, зависят от степени субъективной тяжести патогенных событий, а также от состояния конституционально-биологических ресурсов адаптации. Будучи компенсированными (субкомпенсированными) на некоторое время благодаря архаическим, примитивным механизмам психологической защиты, психогенные комплексы детства могут оживляться, реактивироваться уже в подростковом либо зрелом возрасте под воздействием индивидуально значимых, ключевых переживаний, в условиях столкновения со всеми возрастающими требованиями жизни. Такие требования непосильные для адаптивного совладания (coping) с ними, могут предъявлять вполне обыденные для зрелого индивида фрустрирующие ситуации, в которых он встает перед необходимостью систематического труда, перед проблемой ответственности и одиночества, перед реальностью двойственности человеческой натуры, объединяющей плохое и хорошее и т.п., не говоря уже о моментах отвержения, предательства со стороны близких, других, более драматических коллизиях.

Примитивные, инфантильные защитные процессы не справляются с решением все более сложных задач адаптации, в то время как новые, более зрелые и совершенные механизмы не могут быть востребованы и запущены ввиду стойкой фиксации личности на неразрешенных ранних базисных внутренних конфликтах. Общим принципом психического реагирования субъектов в подобных патогенных условиях является экстернализация, при которой личность стремится воссоздать трудноразрешимый интрапсихический конфликт во внешней контролируемой реальности и получить тем самым возможность хотя бы частично ослабить патогенный

эффект травматических переживаний. Клиническим выражением этих процессов является формирование аддиктивных расстройств (химических и нехимических), а также психосоматической и иной пограничной патологии. Не располагая достаточными внутренними, собственно психическими ресурсами совладания и адаптации, личность уступает перед аддиктивной силой того или иного ПАВ. Пристрастный к ПАВ субъект как бы частично переключает психические процессы в режим внешней химической модуляции, а то и вовсе “отключает” их при неудовлетворительном эффекте опьянения легкой и средней степени (фармакотимия, по определению S. Rado, 1933). Естественно, что подобная компенсация (защита) является сурогатной, патологической, чреватой пагубными последствиями, но в то же время единственно действенной, приводящей к временному укреплению Я; ПАВ выступает желанным и выгодным модулятором психического состояния.

По мнению Эдвард Дж. Ханзян, «...Главная причина всех аддиктивных расстройств – это страдание, а вовсе не успешная работа наркоманов, доступность наркотиков, давление социального окружения или поиск удовольствий и стремление к саморазрушению. Страдания, которые аддикты пытаются облегчить или продлить с помощью наркотиков, отражают базовые трудности в сфере саморегуляции, включающей четыре основных аспекта психологической жизни: чувства, самооценку, человеческие взаимоотношения и заботу о себе.

Эта точка зрения основана на данных, собранных за тридцать лет клинической работы с пациентами, имеющими химическую зависимость. Пока не было сформировано современное понимание природы химической зависимости, наши рассуждения об аддиктивных личностях и реакция на них определялись ранними теориями влечения, которые ставили во главу угла стремление к удовольствию или деструктивные мотивы аддиктивного поведения.

Двойственная теория инстинктов Фрейда указывала на то, что либидинальные и агрессивные влечения создают первичную мотивацию как при аддиктивном поведении, так и в психологической жизни в целом. Наше общее неуважительное, если не уничижительное, отношение к алкоголикам и наркоманам частично развилось из этой ранней психоаналитической теории, предполагающей, что аддиктивными личностями движут удовольствие или деструктивные тенденции. И, как правило, наше мнение об этих людях меняется только в худшую сторону, поскольку мы судим о них, основываясь на их поведении и эгоцентризме, которые непосредственно связаны с сильной интоксикацией или психологической регрессией, характерными для хронических аддиктивных заболеваний.

Современные психодинамические подходы к проблеме химической зависимости на основе структурных, я-объектных теорий и теорий развития позволили лучше понять факторы, препятствующие и способствующие возникновению зависимости. Человек не склонен к химической зависимости,

если он находится в согласии с самим собой и своими чувствами и способен адекватно выражать эти чувства, если он поддерживает здоровые отношения с другими людьми и может позаботиться о себе.

Неудивительно, что травмирующее, оскорбительное или пренебрежительное поведение родителей разрушает все эти четыре аспекта психологической жизни. Травмы и психические повреждения, которые переживают на протяжении своего развития аддиктивные индивиды, сочетаются с факторами биологической или генетической восприимчивости, определенными культурными нормами или угнетающими социальными условиями, что усиливает психологическую уязвимость. Иными словами, увеличивается вероятность того, что пережившие психические травмы люди будут экспериментировать с химическими веществами, вызывающими зависимость, стремясь использовать их кратковременные адаптивные и несущие облегчение эффекты.

Уязвимость у аддиктивных пациентов влияет на их способность управлять своими эмоциями, воздействует на самооценку, отношения с окружающими и способность заботиться о себе. Я рассматриваю аддикцию в аспекте человеческого развития и адаптации. На мой взгляд, аддикция – это попытка решения жизненных проблем индивидами, обладающими различными уровнями уязвимости и способности к быстрому восстановлению сил. Я также остановлюсь на некоторых лечебных приемах, основанных на моем понимании уязвимости таких людей и их способности к восстановлению и самокомпенсации.

Существует ряд факторов, мешающих нам понять, что такое аддиктивный процесс и кто такие аддиктивные индивиды. Среди основных можно выделить, во-первых, чувство презрения, которое мы питаем к аддиктам, и, во-вторых, проблему конкурирующих идеологий. Как мы уже указывали, первое происходит от нашей тенденции видеть в таких людях искателей удовольствия или носителей деструктивного поведения. Вторая проблема – конкурирующих идеологий – начинает серьезно мешать, когда мы пытаемся вникнуть в этиологическую основу аддиктивных проблем. Хотя у психологов-теоретиков (включая и психоаналитиков) всегда наблюдалась склонность к поляризации концепций при объяснении психической жизни и поведения человека, особенно жаркие дебаты разгорались по вопросам злоупотребления химическими веществами.

Дискуссии все чаще напоминали религиозные диспуты, в которых почти не осталось места разумным доводам и здравым рассуждениям. Наиболее отчетливо это проявилось в спорах о том, является ли злоупотребление химическими веществами болезнью или симптомом, какие факторы наиболее значимы: биологические и генетические или психологические и факторы окружения; наконец, является ли злоупотребление химическими веществами причиной или следствием эмоциональных страданий, связанных с наркотической или алкогольной зависимостью. Расширенный

обзор этих дискуссий выходит за рамки данного доклада. Скажу лишь, что клиническая работа и диагностические исследования аддиктов дают веские основания для следующего вывода: психологические факторы являются важными этиологическими детерминантами развития аддиктивных расстройств. Изложенные здесь взгляды основаны, главным образом, на психодинамических представлениях об уязвимости сферы саморегуляции у аддиктивных индивидов. Я не противопоставляю свой подход другим концепциям. К примеру, концепция “аддиктивные расстройства как заболевание” рассматривает биологическую природу аддикции и ее постепенное развитие. Психодинамический подход обеспечивает основания для вмешательства, простираясь дальше обычного контроля над ходом заболевания и сопутствующей симптоматикой; кроме того, он предлагает средства для уменьшения психологической уязвимости, которая вызывает предрасположенность к аддиктивным расстройствам и способствует их превращению в хронические.

Взаимоотношения, которые устанавливаются и развиваются в процессе лечения при индивидуальной и групповой работе с аддиктивными пациентами, обеспечивают нас обширными и разнообразными клиническими данными для понимания сущности психической уязвимости при аддикции. В отношениях, складывающихся во время лечения, повторяются многие особенности и характерные качества тех проблем и трудностей, с которыми пациенты сталкиваются на протяжении всей жизни, включая и те, что сделали их уязвимыми для алкогольной или наркотической зависимости.

Из этого следует, то что мы можем использовать клинический контекст длительных лечебных отношений, чтобы понять проблемы людей, страдающих аддикцией. На протяжении тридцати лет клинической работы с такими людьми я не нашел практически никаких оснований считать, что этот контекст меньше подходит и менее полезен для понимания и лечения аддиктивных пациентов, чем в случае пациентов с иными симптоматическими и характерологическими проблемами. Хотя аддиктивные пациенты чаще испытывают особую потребность в безопасности, контейнировании и контроле, но если эта потребность удовлетворена, то клиническая работа с такими пациентами может продвигаться, приобретая неожиданно осмысленную и понятную форму...» [34].

Поведенческая теория формирования аддикций. Сторонники данной теории, по мнению В.В. Иванова, «...исходят из народной мудрости: посеешь поступок – пожнешь привычку, посеешь привычку – пожнешь характер, посеешь характер – пожнешь судьбу. Здесь много правды. Наши поступки подкрепляются как непосредственно химически (например, человек выпил водки, опьянел, состояние опьянения ему понравилось и в следующий раз он с большей уверенностью и настойчивостью потянется к стакану; или, например, человек впервые опохмелился, его плохое самочувствие отчетливо улучшилось, и он в следующем случае вполне сознательно

вновь идет на опохмеление), так и опосредованно, через социальную среду...» [24]. Таким образом происходит научение неадаптивному, патологическому поведению. Чему также способствуют социальные факторы риска: деструктивный характер поведения; проблемы занятости и проведения свободного времени; особенности условий воспитания (условия отсутствия или гиперконтроля); ошибочное представление об истинных свойствах алкоголя; терпимость общества к пьянству; высокооплачиваемость неквалифицированного труда, не стимулирующая к профессиональному росту и образованию; алкогольные традиции семьи; низкий культурный уровень; конфликтные взаимоотношения в семье; отрицательное отношение к образованию; игнорирование общественных интересов; неудовлетворенность социальной поддержкой; некорректная эмоциональная поддержка в виде эмпатичного участия и желания помочь со стороны окружающих, что усугубляет проблему, т.к. в этом случае алкогольное поведение субъекта получает негативное подкрепление [34; 258].

Системно ориентированные теории аддиктивного поведения. Эти теории рассматривают аддикции как следствие прежде всего ненормального, патологического воспитания в семье. Семья же рассматривается как самостоятельно функционирующая система. Предполагается, что родители часто бессознательно посылают подростку неопределенные установки и не очерчивают четких границ недопустимого, негативного поведения. Часто это характерно для семей, где супруги имеют резко отличные взгляды на жизнь и воспитание детей, либо конфликтуют между собой (например, сражаются за лидерство) и используют в этой «войне» своих детей. В результате подростки начинают курить, употреблять алкоголь и наркотики, при этом семья отвлекается от других насущных проблем (например, дисфункциональных отношений между родителями) и объединяется «в борьбе с зависимостью».

Конечно, неблагоприятное влияние неправильного воспитания неспецифично и в равной степени порождает и алкоголизм, и наркоманию, и агрессивное и криминальное поведение.

Социальные теории аддиктивного поведения. Социальные теории рассматривают злоупотребление алкоголем и наркотиками как результат неправильного общественного устройства. Зависимые избегают давления общества или протестуют против его норм, считая себя «козлами отпущения». Ритуалы пьянства и санкции со стороны семьи, милиции, работодателя и т.п. моделируют способы взаимодействия зависимого с государством, обществом, группой (интеракции). Больные алкоголизмом создают некий «универсальный» механизм сожительства с обществом (избегая прямого контакта при коммуникации), который, подобно сорняку, самовоспроизводится, и где нет места ни интеллектуальным, ни даже инстинктивным ценностям (например инстинкту самосохранения).

Теории самолечения (психиатрические). Пациенты с шизофренией, больные с невротическими расстройствами, психическими последствиями

травм черепа, гриппа и других вирусных заболеваний, пациенты с депрессией испытывают страдания, прежде всего психические, связанные со своей инаковостью. Люди страдают, и люди ищут простых, доступных способов облегчить свои страдания. Алкоголь же является одним из наиболее доступных успокаивающих средств. Люди употребляют спиртное, чтобы унять душевную боль, и на первых порах эта стратегия помогает. При доминировании антиалкогольной культуры алкоголизмом заболевают преимущественно аномальные личности, а доминирование алкогольной культуры вовлекает в алкоголизм все больше изначально психически здоровых людей. Иллюстрацией этого важного тезиса является все возрастающее распространение алкоголизма среди психически здоровой части населения в XX–XXI веках. В 1910–30 годах прошлого века 90% больных алкоголизмом имели психопатологический преморбид, то есть еще до заболевания алкоголизмом уже страдали каким-то психическим расстройством. Это было время действия «сухих» и «полусухих» законов в США, Европе, России. Алкоголя производилось сравнительно мало и стремились к нему в основном люди, поврежденные в уме, как точно говаривали в давние времена. С течением времени росло благосостояние народа, росло производство алкоголя и в 50-х годах уже более 60% больных алкоголизмом имели психические расстройства в начале своего пьянства. В 80-е годы 75% алкоголиков перед началом заболевания были психически здоровы [24].

Зависимость как проблема адаптации. Адаптация – это приспособление. В контексте проблемы аддикции адаптация подразумевает адаптацию к жизни в обществе (таблица 1).

Таблица 1 – Способы приспособления (адаптации) индивидуума к обществу (по Р. Мертону).

Способы приспособления	Цели общества	Рекомендуемые обществом средства
Подчинение (комформизм)	Принимаются	Принимаются
Инновация (обновление)	Принимаются	Отрицаются
Ритуализм	Отрицаются	Принимаются
Ретритизм (уход из жизни, прямой или фигуральный)	Отрицаются	Отрицаются
Мятеж	Замена иными целями	Замена иными средствами

Синдром химической зависимости представляет собой, несомненно, вариант ретритизма, или ухода от реальной жизни. Однако «алкогольная

адаптация» – это ложная адаптация, так как слишком велика цена, которую человек платит за то, чтобы «вписаться» в наше общество, т.к. на самом деле, каким бы «удачником» не выглядел бы это человек, именно субъективно воспринимаемые им его собственные неудачи и подавленные устремления ведут к поискам путей для бегства из культурно обусловленной невыносимой ситуации [24].

Интерактивная модель аддиктивного поведения. Некоторые ученые рассматривают химическую зависимость как следствие нарушения баланса между: 1) давлением среды; 2) поддержкой среды; 3) автономией личности (основной характеристикой которой служит уровень самодостаточности). При доминировании или отсутствии любого из перечисленных факторов человек переживает стресс, который может быть временно снят приемом алкоголя или наркотика.

На наш взгляд, важнейшим фактором в данной модели является автономия личности (ощущение самодостаточности, удовлетворенности собой, принятию себя таким, каким «я есть»), что важно как основа личности «фундаментальный ответ» на саму жизнь. Эрих Фромм писал: «Большая часть того, что считают “психологическими проблемами”, представляют собой только вторичные следствия его “фундаментального ответа”, и поэтому, пожалуй, бесполезно пытаться “лечить” их прежде, чем будет понят этот основной ответ – его тайная, личная религия». В алкогольной аддикции формируется ложное ощущение себя «самым лучшим», ощущение своего превосходства над всеми остальными людьми, не имеющее ничего общего с реальной автономией личности. Самодостаточный человек неизбежно переживает ощущение онтологического одиночества, и вся внешняя мишура должностей, званий и наград не может спасти его от этого чувства. Ощущая себя самодостаточным и, следовательно, «отдельным», человек видит в других людях это начало самодостаточности и не может не проявлять уважения к этому началу. Самодостаточность несовместима с надменностью и неуважением к «другому» [24].

Карл Ясперс писал: «Восхождению человека препятствуют три внутренних фактора:

- во-первых, материал его внутренней жизни: его чувства, психические состояния, инстинкты, все данности его психической жизни, которые стремятся овладеть им и подавить его;
- во-вторых, непрерывный процесс сокрытия и искажения всех реальных психической жизни человека, то есть всего того, что он чувствует, о чем мыслит, чего хочет;
- в-третьих, пустота, источником которой служит нереализованность человека.

Человек борется со всеми этими препятствиями. Во-первых, он превращает себя в материал для внутренней работы; он формирует и дисциплинирует себя, развивает свои способности. Во-вторых, в противовес

процессу сокрытия и искажения реалий психической жизни в нем развивается способность к прозрению, к достижению внутренней ясности. Наконец, в-третьих, он старается избежать пустоты благодаря внутренней активности: принимая решения, он создает для себя основу, на которую сможет положиться и тогда, когда для него наступят тяжелые времена» [35].

Био-психо-социо-духовная модель зависимости. В современной трактовке алкогольная аддикция, алкоголизм или синдром алкогольной зависимости (ВОЗ, 1979), синдром зависимости, как проявление «психических поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя» (МКБ-10), это хроническая, прогрессирующая болезнь, характеризующаяся потерей контроля перед употреблением алкоголя. Сегодня заболевание является неизлечимым, так как медицина пока не располагает средствами и методами способными восстановить нормальное функционирование биохимических обменных процессов в организме аддикта, в этом и заключается биологический компонент био-психо-социо-духовной модели зависимости. В настоящее время единственным способом «купировать» биологический компонент является полное прекращение употребления алкоголя, поскольку каждое следующее употребление запускает сложный биохимический процесс (феномен тяги), в результате которого физическое и психологическое желание продолжить употребление многократно возрастает и не может контролироваться морально-волевой сферой личности. Неизлечимость заболевания является и потому, что аддикт не способен целиком избавиться не только от телесных (соматических) проблем, но и психологических и духовных, которые, в свою очередь, толкают к возобновлению употребления. Согласно био-психо-социо-духовной концепции процесс выздоровления продолжается на протяжении всей жизни аддикта [36–39].

К психологическому компоненту в био-психо-социо-духовной модели зависимости относят неумение аддиктов распознавать чувства, эмоции и проживать экологично для себя и других. Однажды использовав для облегчения проживания сложных психологических состояний алкоголь, аддикт приобретает психологическую потребность к возвращению в состояние наркотического опьянения, что со временем становится симптомом болезни, а не проявлением привычки. Употребление алкоголя становится следствием, а не причиной заболевания. В этот момент замыкается круг зависимости. Зависимый человек уже не может без вещества испытывать положительные эмоции, не может справляться с болезненными ситуациями, жить и общаться «на трезвую голову». На рисунке 1 показаны глубинные причины прибегания к проживанию эмоционально-сложных состояний через различные аддикции.

Таким образом, один из постулатов био-психо-социо-духовной модели зависимости: проблема состоит не в том, чтобы прекратить прием наркотика и алкоголя, а в том, чтобы не возвращаться к ним опять и опять, т.е. научиться жить трезво. Поскольку сегодня осознанность проблемы

алкогольной зависимости и стигматизация в обществе такова, то аддикт начинает какие-либо решительные действия в направлении выздоровления от зависимости, как правило, имея «стаж употребления», исчисляющийся годами и десятилетиями. Можно с уверенностью утверждать, что алкогольному аддикту необходимо заново осваивать навыки во всех сферах жизни. Достаточно представить картину, на которой молодой человек вышел на дорогу жизни и свернул не в ту сторону, и на протяжении 20 лет идет в этом направлении, идет в состоянии измененного сознания, и по этой дороге учится, ходит на работу, влюбляется, строит отношения, платит за квартиру, строит гараж... Понятно, что дорога обратно, потребует длительного времени и необходимости приобрести и закрепить навыки и умения в трезвости. По мнению Т. Горски [38], психологическими предпосылками к заболеванию являются: низкая или, наоборот, завышенная самооценка; сложности в общении; неумение открыто и непринужденно общаться с другими; психологические комплексы; неумение справляться со своими чувствами; невозможность осознать свои чувства; высокий уровень внутреннего напряжения; склонность к рискованным ситуациям.



Рисунок 1 – Чувственно-эмоциональная сфера аддиктов

К проявлениям болезни на психологическом уровне Т. Горски [39] относит:

- «Тоннельное» видение – все мысли прямо или косвенно сконцентрированы на употреблении.
- Избирательная память – помнятся только хорошие моменты из употребления, плохие быстро вытесняются и забываются.
- Нестабильное эмоциональное состояние – резкие переходы от бесчувствия к крайне интенсивным чувствам.
- Навязчивое желание употребить. Картинки из «сладких времен» употребления и предвкушение употребления.
- Провалы, ухудшение памяти.
- Душевные страдания при отсутствии наркотика.
- Отрицание проблем, связанных с употреблением, самой болезни.
- Нарушена причинно-следственная связь. «Все плохо в моей жизни, поэтому я употребляю наркотики». «У меня не такие серьезные проблемы, как у Васи, поэтому я не алкоголик!» и т.п. (формирование защитной реакции отрицания).
- Неспособность адекватно воспринимать реальность.
- Ложь даже там, где проще сказать правду.
- Даже после купирования абстинентного синдрома проблемы и разрушения на уровне психики остаются, и игнорирование этой сферы неизменно приводит к рецидиву.

Био-психо-социо-духовная модель определяет социальный аспект алкогольной аддикции через следующие социальные предпосылки, которые реализуются в ближайшем привычном социальном окружении аддикта:

- Употребление химических веществ (алкоголь, табак) – традиционно и легально. Употребление – социальная норма, не нормально – не употреблять. Употребление поощряется и пропагандируется средствами массовой информации и средствами массовой культуры.
- Дисфункциональная семья.
- Зависимость в семье у других ее членов.
- Доступность веществ.
- Мода и ложные установки: «Употребление – признак взрослости!».
- Реклама алкогольных напитков прямая и косвенная.
- Отсутствие четких жизненных ориентиров. Несформированные принципы, мировоззрение, цели и задачи. Отсутствие понимания смысла в жизни.
- Нет позитивного взрослого – здоровой модели поведения. Незрелость личности и неумение справляться с трудностями и проживать неприятные чувства и жизненные кризисы [39].

Социальными проявлениями алкогольной аддикции являются: изменение круга общения, среди друзей и знакомых много употребляющих;

общество отвергает аддиктов и боится их; изоляция и антисоциальное поведение; общество неинтересно и не нужно обществу; отношения «ты мне – я тебе», манипуляции, обман; аутичность, замкнутость и уход в себя; потеря социальных навыков, неумение решать элементарные социальные задачи; окружающий мир воспринимается враждебно: «Мир вокруг – опасен!»; потеря друзей, знакомых и их доверия; разрушение отношений в семье, потеря семьи; изъятие детей; потеря работы, учебы, финансов и материальных ценностей; преступления, криминальный образ жизни.

Таким образом, социальный аспект алкогольной аддикции представляет собой огромный пласт проблем, решить которые в одиночку, больному чрезвычайно сложно, поскольку неизбежны неудачи, которые в свою очередь будут провоцировать возврат к употреблению.

Алкогольная аддикция затрагивает и духовный аспект личности. Предпосылки к развитию химических аддикций на духовном уровне:

- «Двойной стандарт» морали и нравственности. Как следствие – нравственная дезориентация человека. Внутренний конфликт.
- Позиция взрослых по отношению к ребенку: «Вот вырастешь... поступишь на работу... и так далее, вот тогда начнется жизнь». Нет жизни в настоящем. Неумение ценить жизнь. Непонимание ее важности и ценности.
- Ощущение бессмысленности жизни. Неумение формировать цели и задачи.
- Отсутствие интересов. Отсутствие шкалы внутренних ценностей, приоритетов. Ложные ориентиры и ценности.
- Нет своего места в мире, потерянности. Оторванность от других и мира в целом. Самоизоляция.
- Духовная пустота. Ориентация на неконструктивные и ложные установки и правила.
- Скука. Не сформировано мировоззрение.

Последствиями алкогольной аддикции на духовном уровне являются: мысли или попытки суицида; потеря интереса к жизни; четкая негативная жертвенная установка; обвинительная позиция по отношению к жизни; потеря нравственных ценностей, деградация личности; ориентация на ложные ценности; самоуничижение; чувство вины и стыда за себя; безверие; потеря гармонии и контакта с миром в целом.

Зависимая личность бессильна перед ПАВ, потому что физическое заболевание, которым она страдает, также влияет на нее психологически, социально и духовно. Она не может контролировать реакцию своего организма на прием ПАВ, она может только научиться справляться и жить с этим заболеванием.

Таким образом, био-психо-социо-духовная модель алкогольной аддикции декларирует, что помощь зависимому человеку прекратить прием алкоголя возможно только с применением комплексного подхода, просто детоксикация не дает практически никаких результатов, возможно, только

помогает зависимому признать собственное бессилие и бессилие традиционной наркологии.

В отечественной и зарубежной литературе существует множество описаний и теорий формирования личности, подверженной зависимостям. Бесспорно одно: люди употребляют ПАВ в попытке самолечения состояний дистресса и страдания [24].

Этиопатогенетические принципы алкогольной аддикции диктуют разнонаправленный подход к построению плана лечебно-реабилитационного процесса. Выбор психотерапевтической тактики зависит от личностных особенностей пациента и мишеней психотерапии.

Индивидуальная поддерживающая терапия решает вопросы: преодоления неправильных представлений пациента о его болезни; осознания психологических причин и механизмов болезни; решения конфликтов; реконструкции системы отношений. В случае семейных конфликтов и стрессов используется семейная психотерапия. В случае нарушения режима терапии, недостаточной критике – эффективна групповая психотерапия. Групповая и индивидуальная рациональная терапия используется при интеллектуально-мнестическом дефекте, актуализации патологического влечения к употреблению алкоголя.

В настоящее время наиболее признанные и используемые направления в терапии алкогольной аддикции:

1. Когнитивно-поведенческие (когнитивная терапия, рационально-эмоционально поведенческая терапия (РЭПТ), диалектико-поведенческая терапия (ДПТ), терапия принятия и ответственности (АСТ) и другие основанные на осознанности подходы), опирающиеся на когнитивные и поведенческие принципы, в целом относительно директивные и обучающие. Внутри этого семейства также достаточно широкие различия в техниках и принципах.

2. Мотивационное интервью и motivational enhancement therapy, появившиеся из клиентцентрированной терапии, недирективные, опирающиеся на идею, что клиент сам знает, как и зачем ему изменять свою жизнь и направленные на раскрытие и поддержку этих знаний и навыков, при этом не исключающие сообщение информации от консультанта.

3. 12-шаговая фасилитация, появившаяся как поддержка 12-шаговых программ групп взаимопомощи, использующая философию этих групп, в которой зависимость рассматривается в том числе как духовная болезнь, избавление от которой возможно при опоре на Высшую Силу. Содержательные и динамические характеристики рефлексии участников таких групп взаимопомощи рассматриваются в данной монографии [36; 37; 39–45].

1.2 Психологическая характеристика личности с алкогольной аддикцией

Анализ личностных девиаций у лиц с алкогольной аддикцией показал преобладание расстройств личности, относящихся к сферам аффекта, самооценки и межличностного взаимодействия. Причем, обнаруживаются они не только самостоятельно, но и могут перекрывать друг друга. Только у малого числа больных расстройства личности фигурируют как патогенетически значимый фактор аддикции и обычно могут быть выявлены лишь во время психотерапии (особенно феномены расстройства самосознания и межличностного взаимодействия [36; 37; 89–100].

Одной из наиболее постоянной характеристикой эмоциональной сферы личности алкогольных аддиктов является гипотимия с переживаниями тоски, подавленности, идеями вины, характерными соматовегетативными расстройствами. Наиболее яркие проявления отмечаются в стадии декомпенсации аддикта, но различные состояния эмоциональной отчужденности наблюдаются как постоянный фон даже за пределами периода декомпенсации. Эмоциональная патология у химических аддиктов тесно связана с расстройствами самосознания, затрагивающими витальную, когнитивную и телесную сферу. Практически у 100 алкогольных аддиктов наблюдается расстройства самосознания витальности, проявляющиеся дефицитом побуждений, положительных эмоций. В таких переживаниях прослеживается искажение субъективного восприятия времени, которое то ускоряется, то замедляется. Часто наблюдается дереализация с чувством блеклости и декоративности окружающей действительности. Аддикт живет с ощущением автоматичности и бессмысленности совершаемых действий, и с иллюзией, что другая настоящая жизнь еще наступит. Оттенки настроения варьируют от безразличия до безотчетного напряжения, беспокойства. Внутренняя тревога находит отражение в снах [36; 37; 89–100].

В когнитивной сфере у алкогольных аддиктов, задолго до выявления клинических признаков зависимости, обнаруживаются нарушения восприятия непрерывности континуума личной биографии и ощущения границ Я, сложности, а порой полное отсутствие дифференцированной оценки собственных возможностей. Химические аддикты демонстрируют расщепленную самооценку. В социум они транслируют нарочито завышенную самооценку, не имеющую никакого реального подкрепления, вероятно базирующуюся на реакции суперкомпенсации, в то же время поведение соответствует неадекватно заниженной самооценке, зависимости от мнения значимых фигур, ролям выживания. В стадии декомпенсации у аддиктов преобладают мысли об отсутствии самореализации, упущенных возможностях, дефиците удовольствий, тяжести жизни, отсутствии привлекательности для окружающих. И, напротив, на этом фоне наблюдается усиление психопатических проявлений с демонстративностью, требованием особого

внимания и особого отношения к себе. С развитием клинических симптомов зависимости нарушения в витальной и когнитивной сферах складываются в картину выраженной некритичности с размытием границ между действительным и желаемым. В воспоминания встраиваются различные вымыслы и фантазии, формирующие ложную личность. В то же время усиливается эмоциональная отчужденность, отсутствие чувства «подлинной радости и полноты жизни» на фоне нарочито приподнятого, оживленного настроения с повышенным витально-энергетическим тонусом, речедвигательным возбуждением, саркастическим юмором. Аддикт ощущает скуку, отсутствие смысла существования, опустошенность, отсутствие ценности собственной жизни, что зачастую вызывает суицидальные мысли как вариант избавления от «серости существования» [36; 37; 89–100].

Формирование отчуждения в эмоциональной сфере личности аддикта приводит к алекситимии, невозможности распознавать, дифференцировать и вербализировать свои чувства («болезнь замороженных чувств»). По мнению некоторых авторов, алекситимия встречается у половины из них, а также является причиной низких результатов терапевтической помощи и часто сочетается с тревожностью, депрессивной симптоматикой [101–115]. По мнению Д.В. Зайцева и Ю.В. Селивановой, личность с алекситимичными чертами часто характеризуется специфическим дисбалансом, при котором эмоции в основном проявляются в контексте зависимости, а не в реальной жизни [107]. Это дает основание считать, что у лиц с алекситимией способством разрешения подавленных эмоций служит развитие алкогольной зависимости для снятия заблокированных эмоциональных проявлений.

Исследования С. Velasco, I. Fernández, D. Páez, M. Campos (2006) показали взаимосвязь отсутствия алекситимии с адаптивным профилем преодоления стресса, который детерминирует степень эмоциональной ясности, способность идентифицировать чувства и оказывать помощь в эмоциональном регулировании. Ими подчеркивается взаимосвязь алекситимии и неадаптивного копинга (копинг избегания, принятия и беспомощности и эмоционального торможения) с высоким воспринимаемым стрессом, низкой социальной поддержкой и очень низкими уровнями позитивного воздействия и высоким уровнем негативного воздействия [101–116].

Описание взаимосвязи эмоционального опыта и самооценки алекситимии представлено в работах V. Rachel et all. Было обнаружено, что алекситимия обусловлена усиленной тенденцией сообщать о переживании «без эмоций», уменьшением негативной эмоциональной гранулярности (точное распознавание своего эмоционального состояния) и диалектики пережитых эмоций. У здорового населения алекситимия связана со снижением осознания эмоциональных состояний и уменьшением диалектики и гранулярности отрицательных (но не положительных) эмоций [101; 117].

Белорусскими учеными (И.В. Григорьева, М.М. Скугаревская, М.Н. Трущенко, Т.А. Адамчук) проведено исследование взаимосвязи

алекситимии и аффективно-личностных свойств у лиц с зависимостью от алкоголя в условиях лечебно-трудового профилактория для выявления терапевтических мишеней и проведения комплексной медицинской реабилитации. В процессе интервью и тестирования был выявлен высокий уровень проявлений алекситимии у 80% лиц с синдромом зависимости от алкоголя, который проявлялся в трудностях, связанных с вербализацией собственных эмоций и телесных ощущений. Было выявлено, что алекситимия прямо взаимосвязана с тревогой и указывает на сложности в оценке эмоциональных проявлений, которые повышают выраженность тревожного состояния. При возрастании тревожности увеличивается в целом показатель алекситимии. При этом общий показатель алекситимии прямо взаимосвязан со шкалой безнадежности по Беку, что показывает увеличение дистанцированности по отношению к самому себе, фиксацию на каких-то мыслях при возрастании алекситимии. Установлено наличие прямой связи шкалы безнадежности Бека с субшкалами «трудности идентификации чувств» и «внешне-ориентированное мышление». То есть выраженное негативное отношение к собственному будущему, а также возможности самоубийства на основе мыслей о будущем прямо связаны с невозможностью идентифицировать собственные чувства, алекситимией [101].

Было выявлено, что при возрастании «трудности оценки чувств» уменьшается «самодистанцирование», которое выражается в способности увидеть свою субъективную роль в сложившейся ситуации и отделить себя от другого. Это может выступать как комплекс сформированной защитной реакции, где «замороженные» эмоции помогают трезво оценить ситуацию. При возрастании сложности оценки чувств уменьшается способность решаться делать выбор из всех возможных вариантов. Такое же возрастание трудности оценки подразумевает уменьшение как чувствования, так и восприятия. Другими словами, наличие трудностей в оценке собственных чувств является помехой в открытом восприятии мира и себя самого. Выявлено отсутствие способности осознанного включения в жизнь, что влечет за собой трудности в оценке собственных чувств. Следовательно, отсутствие ответственной включенности в жизнь, осмысленности может быть причиной либо следствием трудностей в оценке собственных чувств. Установлено, что низкому уровню субъективного контроля в области неудач соответствует «внешне ориентированное мышление», что очень логично, поскольку лица с низким уровнем субъективного контроля не видят связи между своими действиями и значимыми событиями. Они считают, что причина происходящих событий оказывается вовне [101].

Алкоголики с феноменом алекситимией, отвечая на вопрос о своем состоянии, в одних случаях, не могут признать наличия актуальных переживаний вообще, в других – не в состоянии отличить тревогу от тоски, печаль от гнева. Часто происходит соматизация аффекта, когда вместо отчета о переживаниях индивид предъявляет телесные ощущения. Например,

на вопрос о чувствах по поводу смерти друга, отвечает: «Болит голова». В общем, лица с алекситимией производят впечатление практичных и рациональных людей, способных логически анализировать собственные и чужие цели и намерения, прогнозировать развитие событий. Однако при целеполагании и прогнозировании руководствуются индивидуально или социальноприемлемыми штампами, придавая эмоциям второстепенное значение. Эмоциональная жизнь аддикта в целом бедна, ограничена лишь общими реакциями на события, наиболее важные из которых, считают те, в которых задействованы близкие и значимые люди.

В межличностных отношениях лиц с алкогольной аддикцией характеризует ряд основных общих особенностей:

1. Стремления к немедленному получению удовольствия, удовлетворению своих желаний, обусловленных гедонистической установкой, приводят к сниженной переносимости трудностей. Неудовлетворенные желания аддиктов вызывают либо вспышки негативных эмоций либо уход от появившихся проблем. В сочетании с повышенной обидчивостью, подозрительностью это влечет за собой частые конфликты.

2. Скрытый комплекс неполноценности под маской превосходства и величия вызывает частые смены настроения, неуверенность, избегание ситуаций, в которых их способности могут быть объективно проверенными [36; 37].

3. Повышенное стремление произвести на окружающих положительное впечатление сочетается с поверхностным характером социабельности и ее ограниченностью во времени. Алкогольные аддикты, как и другие зависимые, не способны к длительным, глубоким, близким отношениям и избегают ситуаций, связанных с ними [36; 37].

4. Аддиктивная личность лжива. Алкогольные зависимые стремятся говорить неправду, часто не сдерживают своих обещаний, отличаются необязательностью. Лживость аддиктивной личности связана с неспособностью и нежеланием переносить стыд и вину, родившиеся из-за несоответствия последствий поведения в состоянии измененного сознания с гедонистической установкой.

5. В стремлении к охране неадекватно заниженной самооценки и ее диссонанса с внешним величием алкогольные аддикты обвиняют невиновных (даже если известно, что человек на самом деле не виноват).

6. Уход от ответственности в принятии решений и взваливание ее на других, поиск оправдательных аргументов в нужный момент.

7. Стереотипность, повторяемость поведения. Сложивший стереотип поведения легко предсказуем, но его трудно изменить.

8. Зависимость проявляется и в виде подчинения влиянию других людей. Часто наблюдается инфантильность, пассивность, отсутствие самостоятельности, стремление к получению поддержки.

9. У алкогольных аддиктов тревожность тесно связана с комплексом неполноценности, зависимости, причем в жизни она может возникать без видимых причин или при событиях, не являющихся действительным поводом для переживаний. В кризисных ситуациях тревожность может отступать на второй план [36; 37].

Межличностные отношения у алкогольных аддиктов формируются по закономерностям двух основных стилей, определяемых в психоаналитической литературе терминами «нарциссического» и «анаклитического» выбора объекта (Freud S., 1922) На патохарактерологическом уровне первый тип выбора соответствует утрированно независимой, отчужденной позиции по отношению к близким и другим значимым лицам, второй – предельно зависимому, ведомому поведению [36; 37].

Независимая (нарциссическая) позиция аддиктов наиболее четко представлена у пациентов с патохарактерологическими расстройствами соответствующего типа. При этом она далека от истинной индивидуальной автономии и самостоятельности; высокомерная бравада собственной «особостью», «отдельностью» и самодостаточностью не подкрепляется действительными фактами биографии и, как правило, сопровождается рентным поведением, манипулированием. Гипертрофированные, особо выраженные формы такой позиции наблюдаются у части больных героиновой наркоманией, проявляясь полным отрицанием каких-либо моральных ограничений, социальных норм с требованиями немедленного удовлетворения эгоистических потребностей. Обычно подобные установки сопровождаются асоциальными поступками («злокачественный нарциссизм»). Однако среди относящихся к данному типу выбора объекта межличностных отношений существуют и более «мягкие», социально приемлемые и даже успешные их варианты, чаще наблюдающиеся в анамнезе больных алкоголизмом. Нарциссический тип выбора объекта (объекта любви, привязанности) строится по образцу отношения к самому себе: человек любит только того, кто похож на него, кто является для него образцом, идеалом и/или части его самого. Анаклитический выбор объекта падает на того, кто обеспечивает первичные потребности и защиту субъекта, фактически такой объект соответствует «хорошим образам родителей: кормящим, заботящимся, защищающим» [36; 37].

Другой стиль межличностных отношений, относящийся к анаклитическому выбору объекта, наиболее ярко выступает в рамках патохарактерологических девиаций из круга зависимых. Исключительной жизненной необходимостью, непреложным условием психического равновесия и внутреннего комфорта для этих лиц является наличие особо тесной взаимосвязи с окружением, отдельными близкими. Такая особенность, как правило, сопровождается подчиняемостью, внушаемостью, конформизмом в социальной жизни и профессиональной деятельности [36; 37].

Н.Н. Иванец подчеркивает, что противоположные по преобладающим паттернам поведения и типам реактивных образований нарциссический и зависимый стили межличностных отношений химических аддиктов в той или иной пропорции смешиваются либо чередуются друг с другом у всех аддиктивных пациентов, независимо от типологической квалификации их патохарактерологического статуса. Практически равнодолевое и при этом наиболее конкурирующее представительство они имеют у больных с эмоционально неустойчивым типом расстройства личности. И тот и другой стиль складываются под действием взаимосвязанных механизмов патогенеза, поскольку соответствуют одной и той же онтогенетически ранней, инфантильной личностной организации, реализуют общую модель интерактивного поведения [36; 37].

Независимо от клинической формы зависимости от ПАВ, типа преморбидной личностной патологии у химических аддиктов в целом преобладают манипулятивные тенденции в актуальных интеракциях: они либо активно пытаются насаждать свои правила другим, либо в пассивной форме демонстрируют свои «исключительные» права на те или иные поступки, либо ставят своих близких перед неизбежностью опекающего поведения. При этом часто используется шантаж многочисленными формами аутодеструктивного поведения. На этапе становления клинических признаков зависимости от ПАВ наиболее типичной формой такого поведения становится шантаж употреблением алкоголя «всем назло». Все категории аддиктов высказывают многочисленные претензии обществу, которое их спаивает [36; 37].

Инфантильный характер описанных стилей дополняется фактом отсутствия в истории большинства аддиктов проявлений зрелых любовных отношений, которые, по мнению О. Kenberg (2000), должны сочетать в себе чувственность и ответственность, идеализацию и объективность, сексуальное соперничество и партнерство. Этот факт согласуется с нестабильностью семейного статуса большинства химических аддиктов [36; 37].

Как уже отмечалось, на клиническом уровне регрессивное состояние объектных отношений аддиктов фактически реализуется в специфических кататимно заряженных сверхценных комплексах патологической созависимости, которые определяют коллизии реальных отношений этих лиц с окружением – близким социумом в целом [7; 36; 37]. Для примера, приведем, имеющееся в нашем распоряжении письмо жены алкогольного аддикта: *«Здравствуй, Ваня. Понимаю твое волнение, но убеждена, что в этом есть определенный смысл.*

Начиналось все, как в дивном сне. В моей жизни появился ты – такой надежный, взрослый, мудрый, понимающий, рассудительный, любящий, заботливый. Моя жизнь заиграла радужными красками, как будто выросли крылья за спиной. Все мысли, чувства, желания и мечты были сконцентрированы на тебе, а все происходящее вокруг отошло на задний

план (и даже подготовка к поступлению в институт казалась не столь актуальной). Как говорится, “в омут с головой”. Даже сейчас я хорошо помню наш первый День Святого Валентина, 8 Марта, букеты роз, замиранье сердца, ощущение любви и счастья. Помнишь, наши поездки на мотоцикле зимой и летом, “уроки вождения”, купание в речке, охапки цветов, сорванные с городской клумбы, ночи до рассвета? Ну и пусть мама ругает, зато это того стоит. Вот так красиво все начиналось.

Я знаю, что тебе сейчас хочется ответить: “Кто все это разрушил?” Я все эти годы жила с чувством вины. А недавно в книге о созависимости прочитала, что “ни одна жена не явилась причиной пьянства мужа, даже та, которая пила вместе с ним”.

11 лет брака – 11 лет в отчаянной борьбе с твоим пьянством. Начиная со дня свадьбы, даже нет, с мальчишника, в который переросла твоя поездка в магазин за сметаной. А ведь это был День моего рождения. Вот так пришла первая боль, обида, страх. За этим последовала первая беседа на алкогольную тему, угрозы отменить свадьбу, слезы, паника и твои неуверенные извинения и обещания, что “все будет хорошо”. Как тогда еще верилось в это.

А дальше было все, как в сказке – чем дальше, тем страшнее. Я прожила эти годы, как на пороховой бочке: не знаешь, когда и почему рванет и какие последствия будут после взрыва.

А жила ли я?

Такое ощущение, что прошла “огонь, воду и медные трубы”. Трудно описать словами все испытанные чувства: постоянная тревога, страх, паника, стыд, чувство вины, обида, гнев, разочарование, отчаяние. В какие только передрыга ты не попадал за эти годы? А в последнее время ты просто неделю не приходишь домой, пропадаешь в “обители страждущих”. Что можно испытывать при этом? Ощущаешь себя вновь обманутой, полной дурой, “обвешанной лапшой” с головы до пят, неважной, ненужной, незначимой, неценимой и нелюбимой. О детях кратко не получится. Единственное, что скажу: “Мне очень жаль, что им приходится все это наблюдать и проживать. А так хочется для своих детей достойного во всех отношениях отца”.

Все вышесказанное для тебя не ново. Я много раз говорила тебе все это и даже больше. И письмо я тебе уже писала. В последнее время у меня бывает такое ощущение, что даже к трезвому тебе не достучаться. Я не раз тебя просила о помощи по дому и в воспитании детей, но ты меня не слышишь или не хочешь слышать. Ты как будто на своей волне, как пелена на глазах.

Очень хочется, чтобы ты не только услышал, но и прочувствовал следующие слова: “Ваня, меня тревожит твое пьянство! Оно стало проблемой. Нам тебя не хватает. Когда ты пьешь, мы с детьми тебя теряем, и это нам горько. Мы хотим быть с тобой”.

Будущее мне видится в двух вариантах, третьего не дано. Помнишь, я тебе это уже как-то рисовала на альбомном листе?

Итак, вариант первый – ты ведешь трезвый образ жизни.

Я могу тебе помогать, проявлять понимание и поддержку, но давай обсудим, что должно измениться прежде, чем я снова смогу тебе довериться. Мне бы хотелось видеть, что ты ВСЕРЬЕЗ встал на путь выздоровления, присоединился к группе самопомощи (АА). Я, в свою очередь, продолжаю работу над своим выздоровлением от созависимости и хочу ощущать и с твоей стороны понимание, помощь и поддержку.

Второй вариант происходит, когда ты не расстаешься с пагубной привычкой, продолжаешь разрушать себя и все вокруг. Ну, что же такой твой выбор, и только ты можешь распоряжаться своей жизнью. В данном случае Я ПОДАЮ НА РАЗВОД. Говорю прошлому “спасибо”, а будущему – “здоровствуй”. Ибо столько времени мне понадобилось, чтобы набраться смелости и решимости посмотреть на себя и свою жизнь по-другому, осознать “почему все было именно так” и захотеть перемен. А перемены каждый должен начать с себя. Ведь единственное, что мы можем изменить в жизни – это только себя!»

Аддиктивной личности также свойственна толерантность, когда в целом достаточно высокая психогенная лабильность, выраженная восприимчивость этих лиц к фрустрациям сочетаются со сглаженностью и атипией формирующихся психогенных аффективных проявлений. Расстройства настроения и активности, возникшие в ответ на реально тяжелую утрату (смерть близкого человека, распад семьи, осуждение и т.д.), по степени выраженности и продолжительности могут быть сопоставимы и уступать менее травматичным (субъективно) событиям (смерть домашнего попугая, переживается тяжелее, чем смерть родителя, например) [36; 37].

Как свидетельствуют результаты исследования, в качестве триггерного фактора развития аффективных нарушений часто выступают ситуации более или менее длительной стабильности, отсутствия каких-либо событий и драматических коллизий. В такие периоды у аддикта нарастает чувство опустошения, а в качестве фонового чувства выступает бессодержательная тревога, необъяснимое беспокойство за будущее или общее недифференцированное психофизическое напряжение, которое в психоаналитической литературе определяется как «потребность в разрушении успеха» либо «травматофилия». Авторы, изучавшие явление «травматофилии» среди аддиктов, подчеркивают, что в качестве стрессовых ситуаций, периодически воссоздающихся при активном «попустительстве» аддиктов, выступают проблемы отмеченных выше стилей межличностных взаимодействий, неизбежно вызывающие конфликты в семье (с родителями, супругами и другими родственниками) и на работе, что в конечном итоге может привести к возобновлению употребления [36; 37].

Н.Н. Иванец и другие отмечают, что описанные общие свойства аддиктивной личности не связаны с последствиями систематической алкоголизации, но имеют динамически сквозной базисный характер, общий как для преморбидного периода (предрасположение), так и для психического статуса пациентов на этапах развития болезни [36; 37; 118–130].

Ряд работ указывает на наличие у алкогольных аддиктов выраженных иррациональных установок [65–83]. А.А. Ли в своем исследовании использовала методику А. Эллиса для оценки наличия и выраженности иррациональных установок. По шкале «Катастрофизация» полученный бал свидетельствовал о том, что пациентам свойственно оценивать каждое неблагоприятное событие как ужасное и невыносимое. Это предполагает высокую вероятность возникновения стресса. Результаты по шкале «Долженствование в отношении себя» указывали на наличие чрезмерно высоких требований к себе и высокую вероятность возникновения. Шкала «Долженствование в отношении других» указывала на наличие чрезмерно высоких требований к окружающим и высокую вероятность стресса. Результаты по шкале «Фрустрационная толерантность» установили достаточно низкий уровень стрессоустойчивости. По шкале «Самооценка и рациональность мышления» была выявлена низкая оценка степени рациональности мышления и высокая вероятность возникновения и развития стресса [83].

В том же и ряде других исследований при анализе теста смысловых ориентаций (СЖО) Д.А. Леонтьева было определено, что не выздоравливающие алкогольные аддикты демонстрируют стремление жить сегодняшним или вчерашним днем; неудовлетворенности своей жизнью в настоящем; неудовлетворенности прожитой частью жизни; неверие в свои силы контролировать события собственной жизни; фатализм, убежденность в том, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю, свобода выбора иллюзорна и бессмысленно что-либо загадывать на будущее [83–86].

С помощью опросника межличностных отношений А.А. Рукавишников (ОМО) выявлено, что у пациентов с алкогольной зависимостью в поведении могут наблюдаться тенденции на организацию связей между людьми и стремлением в последующем избегать контактов; обычно общаются с небольшим количеством людей; имеют тенденцию в стремлении контролировать, влиять на окружающих, доминировать в межличностных связях и не приемлют контроля над собой; очень осторожны при установлении близких интимных отношений; осторожны при выборе лиц, с которыми планируют более глубокие эмоциональные отношения [83–86].

Для алкогольных аддиктов характерно встраивание в треугольник Карпмана: «...выполнение определенной роли в сценарии игры “Спасатель–Жертва–Преследователь”, втягивание друг друга в психологические ловушки. Такие игры носят деструктивный характер и отличаются двумя основными характеристиками: скрытыми мотивами и наличием выигрыша. Выйти из игры и отказаться от роли бывает очень непросто. В игре “спасатель –

жертва – преследователь” роль “жертв” играют люди, которые перекалывают ответственность на чужие плечи (чаще всего это зависимый человек); роль “спасателей” выбирают люди, которые испытывают потребность в превосходстве при осуществлении заботы о ком-то, потребность во внимании, любви и благодарности окружающих (созависимый член семьи – обычно это жена, мать, врач); роль “преследователя” играют правоохранительные органы, либо родственники. Поэтому “спасатели” в качестве партнеров выбирают “жертв”, тем самым реализуя свои потребности, связанные с неудовлетворенной жадой любви, а “жертвы” стремятся одновременно и к близости/зависимости и к отделению, в чём им “помогают” как “спасатели”, так и “преследователи”...» [87–98]. Кроме того, трагедия «Спасатель–Жертва–Преследователь» может разыгрываться внутри самой личности химического аддикта.

По данным Всемирной организации здравоохранения, алкогольная проблема рассматриваемая только в медицинском аспекте, занимает третье место после сердечно-сосудистых и опухолевых заболеваний. Роль злоупотребления алкоголем в современном обществе особенно возрастает с учетом связанных с этим явлением психологических и социально – экономических последствий [8; 34]. Началом развития алкогольной аддикции может стать первая встреча с алкоголем, когда опьянение сопровождается интенсивные эмоциональные переживания. Они фиксируются в памяти и провоцируют повторное употребление алкоголя. Символический характер приема спиртного утрачивается, и человек начинает ощущать необходимость приема алкоголя с целью достичь определенного желаемого состояния. На каком-то этапе благодаря действию алкоголя происходит подъем активности, повышается творческий потенциал, улучшается настроение, работоспособность, но эти ощущения, как правило, кратковременны; они могут смениться понижением настроения, апатией и психологическим дискомфортом. Появление такого состояния является одним из вариантов развития алкогольного аддиктивного поведения, так как человек начинает стремиться к его «воспроизведению», для чего усиленно прибегает к алкоголю. «Особенно опасно возникновение механизмов аддиктивного поведения, связанное с допинг-эффектом в случаях, если последний выражается в возникновении психического состояния, субъективно облегчающего творческий процесс у лиц, занимающихся живописью, писателей, поэтов, музыкантов и др.» [8; 32].

Нередко аддикты навязывают свой стиль поведения друзьям и близким, что происходит без всякого опасения перед возможностью возникновения стойкой алкогольной зависимости. Длительный прием алкоголя ведет за собой физическую зависимость. Ее характеризуют следующие признаки: явления алкогольной абстиненции («похмельный синдром»), потеря ситуационного и количественного контроля, повышение толерантности к алкоголю в 8–10 раз, по сравнению с изначальной (потребность

в большей дозе для достижения прежнего эффекта). Постепенно нарушаются мнестические процессы, снижается круг интересов, наблюдаются частые перепады настроения, ригидность (то есть отсутствие гибкости) мышления, сексуальная расторможенность. Снижается критика к своему поведению, чувство такта, проявляется склонность винить в своих бедах неудачный брак, работу, ситуацию в стране и т.д. Происходит социальная деградация (распад семьи, потеря работы, асоциальное поведение). По мере прогрессирования алкогольной аддикции у людей с таким стилем поведения наблюдаются сходства в мотивах деятельности, интересах, привычках, во всем образе жизни [9; 38; 39].

Таким образом, анализ отечественных и зарубежных исследований показывает, что бросающееся в глаза у алкогольных аддиктов обостренное стремление произвести на окружающих положительное впечатление является ничем иным, как скрытым комплексом неполноценности. А психическая предрасположенность к зависимости кроется не в конкретном виде акцентуаций характера и психопатий, а в слабых звеньях личностной структуры, где уязвимые места обеспечивают своеобразную психологическую готовность к формированию патологического влечения к ПАВ в силу этого, что оно быстро интегрируется в структуру индивидуальности этих лиц, выполняя задачу компенсации личностных аномалий (выражаясь языком психиатрии) либо психологической защиты (согласно терминологии психотерапии) [36; 37; 133–178].

1.3 Особенности самооценки у лиц с алкогольной аддикцией

Многие исследователи отмечают, что в формировании химической зависимости значительную роль играют личностные особенности индивида, в частности самооценка как компонент самосознания. Роналд Т. Поттер-Эфрон подчеркивает, что стыд и вина постоянно вторгаются в мир алкоголиков и в их семьи. Отношения между этими двумя чувствами и химической зависимостью весьма сложны, что будет видно на всем протяжении данного текста. Таким образом, этот вопрос нельзя безопасно игнорировать ни выздоравливающему индивиду, ни консультанту по химической зависимости. Безусловно, качественная трезвость включает в себя появление здоровой гордости и ясного чувства ответственности, которые невозможны, пока индивид подвергается атакам непреодолимого чувства стыда или вины [8].

Чувства стыда и вины, которые во многом близки, играют существенную роль в формировании аддиктивной идентичности.

Типичным для аддиктивных лиц является связанный с чувством стыда механизм изоляции, основанный на чрезмерной подозрительности и приводящий к разрыву межличностных и особенно глубоких контактов.

При глубоком контакте усиливается вероятность распознавания аддиктивной сущности, что приводит к усилению у аддикта чувства стыда.

Стыд блокирует активность и «напрягает» идентичность, утрачивающую способность действовать конструктивно. Вместо концентрации внимания на необходимых действиях, аддикт начинает рефлексировать, думать о самом себе, самооценке, что мешает проявлению аддиктивной активности. Возникают проблемы с адаптацией, утрачиваются функции когнитивного, эмотивного, поведенческого и других компонентов идентичности [8; 40; 44].

В предыдущих исследованиях (Короленко, Дмитриева, 2001, 2003) выделены различия между стыдом и виной. При наличии у человека чувства вины какая-то часть селфа является субъектом. Большая часть селфа находится как бы вовне и оценивается субъектом как часть своего Я, поступившую неправильно. В противоположность этому чувство стыда «закрывает» селф-объектный круг. Носитель этого чувства рассуждает примерно так: «Как я могу оценить себя, если я недостоин того, чтобы оценивать себя?» [7–9; 21; 22].

«...На уникальность формирования социального и личностного опыта на различных этапах детства, безусловно, влияют доминирующие механизмы социализации. Наиболее значимым, особенно на ранних этапах детства, является традиционный механизм социализации, когда в рамках микросоциума—семьи ребенка, его ближайшего окружения, как правило, на неосознанном уровне происходит усвоение норм, правил поведения, характерных отношений, формирование первоначального как личностного, так и социального опыта...» [179]. На ранних этапах развития ребенка формируются его селф-объектные отношения в виде первичных контактов с наиболее близкими людьми. Окружающие ребенка люди, выступающие и качестве объектов контактов, являются для него образцом для дальнейшего подражания [179; 180]. Ребенок зависит от них, он им доверяет. Интернализация ребенком возникших отношений влияет на атрибутирование (видение причин происходящих явлений). Атрибутирование может носить как внешний, так внутренний характер. Внешнее атрибутирование связано с нахождением в ком-то или в чем-то причины собственного поражения, неудачи, драмы или трагедии, имеющих к себе непосредственное отношение. Внешнее атрибутирование не приводит к возникновению чувства стыда. Чувство стыда возникает при внутреннем атрибутировании, когда человек делает себя ответственным за произошедшее. Внутренняя атрибуция связана с концентрацией человека на самооценке своих поступков с позиции своего селфа. Так формируются различные стили поведения, которые объективно «примыкают» к аддикциям, а по существу являются последними (созависимость) или ведут к их развитию [7; 9; 21–23].

В дисфункциональных семьях, где царит атмосфера созависимости «...взрослый объективно нацелен не на личность ребенка, а на его пове-

денческую активность, причем в рамках выдвинутых “его (взрослого) миром” норм опыт не формируется, не приобретается личностью, а “навязывается” сверху, он не всегда носит творческий характер, не обладает признаками новизны и не является личностно-значимым именно для данного ребенка, позиция которого часто характеризуется пассивностью и личной апатией. Данная позиция отражается в динамике социального, жизненного инфантилизма, когда ребенок боится (не хочет или не может) приобретать собственный личностный, а особенно – социальный опыт...» [179; 180].

Чувство стыда сопровождает возникновение аддиктивных отношений. Неадекватные действия аддикта (нарушения, потеря контроля над своим поведением) способствуют появлению чувства вины за свое поведение, чувство стыда при этом усиливается. Психологический дискомфорт связан с переживанием потери связи с самим собой, прежней доаддиктивной идентичностью.

Доказано, что личностные проблемы алкогольного аддикта не решаются с прекращением употребления и требуют длительного периода реабилитации в условиях психотерапевтической группы или группы взаимопомощи [46].

Человек как социальное существо в процессе своей жизнедеятельности постоянно получает оценку своим поступкам и действиям со стороны окружающих людей, которые занимают важное место в его жизни, в том числе и от общества в целом. В течение жизненного пути каждого человека происходит формирование самооценки, которая оказывает существенное влияние на функционирование таких психических компонентов психической активности личности, как самодисциплина и самоконтроль.

Самооценка, являясь одним из компонентов «Я-концепции» личности (самосознания), находится в тесной связи с другими ее компонентами (самоотношение, самопознание и саморегуляция). И.И. Чеснокова, В.В. Столин, С.Р. Пантелеев под самооценкой понимают определенный уровень или же вид развития самоотношения личности и ее самопознания. В данном контексте самооценка человека изучается через призму самосознания как динамического психического образования. Исследователи предполагают, что благодаря самооценке у человека формируется конкретное оценочное отношение (эмоционально-логическое) к самому себе [181–185]. А.Н. Леонтьев подчеркивал, что самооценка – существенное условие, которое обеспечивает возможность индивиду стать личностью [186].

Н.С. Кущёва в своей работе изучала особенности самооценки и типов межличностных отношений больных с синдромом зависимости от алкоголя: «...Специфической особенностью алкогольной патологии является наличие тесной связи между двумя ее аспектами – клиническим и психосоциальным, поэтому в настоящее время всё большее внимание уделяется системному подходу к этой проблеме. Особое значение приобретает

изучение психологических факторов, играющих важную роль в причинах формирования зависимости, в создании лечебно-реабилитационных программ...» [180].

Алкогольная зависимость не может не влиять на ценностно-смысловую сферу личности – ценностные ориентации и систему личностных смыслов, которые являются важнейшим мотивационным фактором человеческого поведения, систему взаимоотношений с окружающими, позицию и статус в социальных группах и другие социально-психологические характеристики, определяющие образ жизни данной личности в обществе [179; 180].

Если рассматривать личность как систему отношений, то в широком спектре разных ценностей и объектов, входящих в эту систему, необходимо изучать отношение индивида к самому себе, к своему «Я» – актуальному и идеальному, а также особенности межличностных отношений, включаемых в сферу его микросоциума [179; 181]. Сфера межличностных отношений охватывает практически весь диапазон существования человека. Можно утверждать, что человек, даже будучи в совершенном одиночестве, продолжает опираться в своих действиях и мыслях на свои представления об оценках, значимых для других. Межличностные отношения имеют сложную структуру, они интегрируют в себе многие психологические свойства личности и пронизывают разные уровни организации личности [179; 182].

Для исследования психологических особенностей пациентов Н.С. Кущёвой применялась методика диагностики межличностных отношений Л.Н. Собчик (ДМО), которая используется для изучения структуры межличностных и внутриличностных отношений индивида, выявляет стиль межличностного поведения в обществе и позволяет сравнить самооценку индивида с тем идеалом, к которому человек стремится. Полученные данные свидетельствовали о сложностях в межличностных отношениях у больных и могут быть признаком личностной дисгармонии, акцентуации свойств, выявляемых определенными октантами. Покорно-застенчивый, сотрудничающий-конвенциональный и ответственно-великодушный типы межличностных отношений характерны для лиц с неустойчивой самооценкой, подчиняемостью, неуверенностью в себе и конформностью, со склонностью к компромиссам, ответственностью в контактах с окружающими [180].

Таким образом, полученные данные исследования сфер «Я-реальное» и «Я-идеальное» выявили наличие межличностного конфликта и стремления в идеале быть более доброжелательными, конгруэнтными с окружающими их людьми; выраженную потребность в установлении дружеских контактов, признании в глазах окружающих, стремлении соответствовать социальным нормам поведения. Выявлено увеличение тенденции к лидерству и социальной активности, а также стремление быть менее замкнутыми и подозрительными, менее застенчивыми и зависимыми от окружающих [180; 187–189].

Н.И. Зенцова в своей работе утверждает: «...В процессе развития наркологического заболевания формируется особый синдромокомплекс психологических нарушений, имеющий свои когнитивные, эмоционально-волевые, поведенческие, морально-этические проявления, степень выраженности и динамику. Определение синдромокомплекса психологических нарушений и постановка психодинамического функционального диагноза (ПДФД) являются не менее важной составляющей при диагностике наркологических заболеваний. Симптомы в структуре синдромокомплекса сформулированы таким образом, чтобы сохранить достаточную гибкость диагностических решений в практике клинического психолога, особенно в тех ситуациях, где требуется установление психодинамического функционального диагноза до того, как станет полностью ясной клиническая картина или будет собрана полная информация. ПДФД может быть поставлен при выявлении не менее 4 симптомов в структуре синдромокомплекса психологических нарушений.

ПДФД включает в себя:

1. Особенности восприятия внутренней картины болезни (наличия синдрома зависимости) с характерными для пациента проявлениями – неадекватное осознание болезни, анозогнозия и пр.
2. Специфическая мотивационная установка, то есть определенная предуготованность действовать так, чтобы постоянно, в любом случае были обеспечены приобретение и прием ПАВ.
3. Сформированные механизмы психологической защиты своей наркоманической позиции (рационализация, вытеснение, проекция, низведение, изоляция, всемогущество, реактивное образование, парадоксальность).
4. Смещение, переход реализации своей концепции «Я» и перенос значимой жизнедеятельности в состояние опьянения.
5. Сформированный наркоманический стиль жизни.
6. Приобретенные личностные девиации (деградация, морально-этическое снижение и пр.).
7. Эмоциональные нарушения (апатия, низкий уровень эмоционального интеллекта, снижение эмпатии, чувство неудовлетворенности и др.).
8. Средневысокий и высокий уровень макиавеллизма...» [190].

Злоупотребление психоактивными веществами как прямое следствие нарушений в сфере самосознания является наиболее распространенной концепцией в современной литературе [190]. Экстремально низкая самооценка, негативный образ «Я» (низкий самоконтроль, ослабление сознательной саморегуляции поведения, импульсивность и т.п.) способствуют обращению индивида к алкоголю и наркотикам и формированию зависимости от них [190].

Анализ литературных данных позволяет выделить характерологические особенности самосознания личности в систему важнейших когнитивных ресурсов, влияющих на психосоциальную адаптацию.

По мнению Е.Т. Соколовой, Н.Н. Крыловой, А.Н. Леонтьева, «Я-концепция» является масштабным личностным образованием, механизмом саморегуляции. «Я-концепция» выполняет регулятивные функции в становлении мотивационной, эмоциональной и нравственной сферы субъекта [191, 185, 186]. Поэтому вполне логичным представляется ее изучение как мощного ресурса, обеспечивающего сохранность здоровья, так и совладание с болезнью в тесном взаимодействии с социальным, эмоциональным и макиавеллианским интеллектом. «Я-концепция» является образованием, имеющим сложную структуру. Эта развивающаяся система характеризуется асинхронией формирования компонентов ее структуры, за которой находится разноплановость их становления. Показано, что «Я-концепция» и ее нарушение играют важную роль в развитии, формировании зависимости от алкоголя и наркотиков [183].

В исследование Н.И. Зенцовой было включено 210 лиц мужского пола, разделенных на три группы. Первую группу составили 70 человек со средней стадией зависимости от алкоголя (средний возраст – $29,89 \pm 12,42$ года). Вторую группу составили 70 пациентов со средней стадией зависимости от героина (средний возраст – $26,22 \pm 5,06$ года). В качестве контрольной группы было обследовано 70 мужчин (средний возраст – $27,53 \pm 11,27$ года). В контрольную группу вошли условно здоровые испытуемые из общей популяции г. Москвы. Обследуемый контингент был представлен рабочими, служащими, техническим персоналом, менеджерами среднего звена и учащимися средних специальных заведений [190].

Сравнительный анализ структурных компонентов реального образа «Я» показал, что, по сравнению с контрольной группой, в группе больных, зависимых от алкоголя, выявлен статистически достоверно более высокий уровень по октантам 1, 3, 4, 6, 7, 8. Они описывали себя как нетерпимых к критике, переоценивающих свои возможности, догматичных, деспотичных, подозрительных, вспыльчивых, чрезмерно упорных, обидчивых, недовольных, подозрительных, склонных к компромиссу, сверхобязательных и альтруистичных. По сравнению с больными, зависимыми от героина, больные, зависимые от алкоголя, оценивали себя в реальности как менее властных и лидирующих, менее недоверчивых и скептических. Больные, зависимые от героина, оценивали свой реальный образ «Я» следующими характеристиками: властный, лидирующий, самодовольный, с чувством превосходства над окружающими, недоверчивый, скептический, склонный к компромиссу, мягкотелый и сверхобязательный. По сравнению с больными, зависимыми от алкоголя, больные, зависимые от героина, оценивали себя в реальности как более властных и лидирующих, более недоверчивых и скептических [190].

Сравнительный анализ структурных компонентов идеального образа «Я» выявил, что по сравнению с контрольной группой в группе больных, зависимых от алкоголя, установлен статистически достоверно более высокий

уровень по всем 8 октантам. Они описывали себя в идеале как более властных, лидирующих, независимых, доминирующих, прямолинейных, агрессивных, недоверчивых, скептических, покорных, застенчивых, зависимых, послушных, сотрудничающих, склонных к компромиссу, ответственных и великодушных, альтруистичный [190].

По сравнению с больными, зависимыми от героина, больные, зависимые от алкоголя, статистически достоверно оценивали себя в идеале как менее властных и лидирующих, менее прямолинейных и агрессивных, недоверчивых и скептических, зависимых и послушных [190].

Больные, зависимые от героина, оценивали свой идеальный образ следующими характеристиками: властный, лидирующий, прямолинейный, агрессивный, склонный к компромиссу, несдержанный в излиянии своего дружелюбия, с гиперсоциальными установками, альтруистичный, мягко-сердечный, сверхобязательный [190].

По сравнению с больными, зависимыми от алкоголя, больные, зависимые от героина, статистически достоверно оценивали себя в идеале как более властных и лидирующих, более прямолинейных и агрессивных, недоверчивых и скептических, менее покорных и застенчивых, более зависимых и послушных. Оценки реального и идеального образа «Я» у лиц, зависимых от героина, свидетельствовали о следующих особенностях:

1. Совпадением реального и идеального образа «Я» по характеристикам: «властный–лидирующий», «ответственный–великодушный», «сотрудничающий–конвенциональный», «зависимый–послушный», «независимый–доминирующий». Реальный и идеальный образы «Я» отражали трудности социальной адаптации по характеристике «властный–лидирующий» и акцентуацию свойств «ответственный–великодушный», «сотрудничающий–конвенциональный», «зависимый–послушный», «независимый–доминирующий». Достаточно высокие количественные оценки себя как «ответственный–великодушный», «сотрудничающий–конвенциональный», «зависимый–послушный», «независимый–доминирующий» в настоящий момент были естественными для больных, и они не видели оснований изменять себя по этим структурным компонентам образа «Я» в будущем. Противоречивость образа отражалась в стремлении больных одновременно быть независимо-доминирующим и выражено конформным, и полностью зависимым от мнения окружающих. Несмотря на наличие властно-лидирующих свойств, достигающих дезадаптивного уровня, у больных отсутствовало стремление сделать данную характеристику менее дезадаптивной [190].

Феномен слияния структурных компонентов реального и идеального образа «Я» отражает: 1) отсутствие стремления к самоусовершенствованию, препятствие к дальнейшему развитию «Я-концепции», росту личности; 2) ригидность ролевых позиций, незрелость и недифференцированность реального и идеального образов «Я», нарушение механизмов социальной перцепции; 3) игнорирование своих конфликтов и снижение критики

к собственной личности, отсутствие готовности к изменению зависимого поведения и способов, необходимых для проведения этих изменений [190].

Резко выраженное стремление быть властным, лидирующим совпало по направленности с выраженным стремлением к макиавеллизму, стремлением получить личную выгоду посредством манипулирования другими и аморального поведения. Выраженность властно лидирующих качеств препятствовала пониманию партнеров по общению, сопереживанию и социальному общению с ними, что ограничивало применение возможностей социального и эмоционального интеллекта [190].

2. Умеренным несовпадением реального и идеального образа «Я» по характеристикам «прямолинейный–агрессивный» (октанта 3) и «покорный–застенчивый» (5 октанта) и выраженным расхождением (снижением в идеале «Я» более чем в 2 раза) по характеристике «недоверчиво-скептический» (4 октанта).

Расхождения по 3, 4, 5 октантам отражают тенденцию к преобладанию неконформных тенденций и тенденцию к подчинению. Расхождение между «Я-реальным» и «Я-идеальным» очень выраженное по характеристике «недоверчиво-скептический» отражает стремление больных перестать очень критически относиться к мнению других, кроме собственного, сильно снизить подозрительность и избавиться от сверхчувствительности к критическим замечаниями убежденности в недоброжелательности других. Сильное расхождение между «Я-реальным» и «Я-идеальным» становится барьером для развития личности, заставляет больных ощущать свою несостоятельность. На фоне сниженной самооценки больных они теряют уверенность в своей возможности достичь очень далекого идеала, считали это нереальным и прекращали попытки продвинуться в направлении к идеальному «Я». Идеальное «Я» представляет для больных источником вины и неполноценности.

По мнению E.T. Higgins, интенсивное расхождение между реальным и идеальным «Я» является источником дистресса, и чем больше расхождение, тем негативнее исходы адаптации [192].

Большое расхождение между реальным и идеальным «Я» нередко ведет к депрессии, обусловленной недостаточностью идеала «Я» [193].

Обращает на себя внимание статистически достоверное расхождение между «Я-реальным» и «Я-идеальным» по свойству «прямолинейный–агрессивный». Акцентуированное свойство неконформной направленности больные хотели бы укрепить до уровня близкому к дезадаптивному, что сильно контрастирует с сильным стремлением больных быть ответственно-великодушным, покорным и властно-лидирующим. Было выявлено у зависимых лиц и у здоровых мужчин в сфере «Я-реальное» преобладание тенденции к доминированию. В структуре «Я-идеальное» испытуемых обеих подгрупп наблюдается усиление потребности в доминировании и доброжелательности. Фактор доминирования у больных алкоголизмом выше в 3,2 раза, у больных наркоманией в 3,7 раза, фактор доброжелатель-

ности – в 4,1 раза у зависимых от героина и 3,8 балла – у зависимых от алкоголя. У здоровых мужчин фактор доминирования выше в 2,1 раза. Фактор доброжелательности – в 2,3 раза [190].

Анализ данных, полученных с помощью методики Т. Лири, выявил, что самоописания зависимых от алкоголя и наркотиков носят противоречивый характер и указывают на наличие внутриличностных конфликтов, которые в свою очередь снижают социально-психологическую адаптацию [190].

Результаты исследования W.B. Pickworth с соавторами подтверждают более ранние сообщения о взаимосвязи между злоупотреблением ПАВ и социальной дисфункцией или дезадаптацией [194].

Согласно исследованиям Е.Т. Соколовой, с помощью механизмов психологической защиты происходит ослабление эмоционального конфликта и стабилизация «позитивной Я-концепции» [191]. Алкогольная анозогнозия больных как комплекс защитных механизмов способствовала сохранению положительного самопринятия и снижению критичности к себе. Однако через некоторое время тягостные переживания по поводу своей неполноценности усиливались. Низкий уровень развития навыков межличностного взаимодействия, а также их последующее истощение в процессе злоупотребления ПАВ препятствовали адекватному взаимодействию зависимых лиц с социумом.

Исходя из результатов сравнительного исследования В.В. Лукьянова (2007), у пациентов с алкогольной зависимостью установлено преобладание относительно адаптивных и неадаптивных совладающих механизмов в поведенческой и когнитивной сферах, а в эмоциональной сфере адаптивные варианты в количественном отношении равны сумме относительно адаптивных и неадаптивных вариантов совладающих механизмов [195]. Согласно результатам его исследования структуры защитно-совладающих механизмов у больных с алкогольной зависимостью, установлено, что у них редуцирован и заблокирован путь проблемного анализа ситуации, вызывающей фрустрацию, им трудно разобраться в причинах и механизмах своего поведения; для них характерен регрессивный, инфантильный подход к решению собственных проблем с тенденцией к перекладыванию ответственности на других людей с одновременным желанием получить от них эмоциональную поддержку; также им свойственны такие состояния, как растерянность, неверие в собственные силы и подавление чувства вины. В поведенческой сфере больные значительно реже, чем здоровые люди (12% против 29%, соответственно), используют такой адаптивный механизм, как «сотрудничество» со значимыми людьми в процессе решения проблемы, что дает возможность предположить наличие серьезных коммуникативных проблем у пациентов с алкогольной зависимостью [195].

Таким образом, в литературных источниках прослеживается ведущая роль непреодолимого чувства вины и стыда, не позволяющее аддикту иметь адекватную самооценку и обеспечить себе возможность стать личностью.

1.4 Группы взаимопомощи. Поливариантность принимающего пространства

Существует множество групп взаимопомощи для поддержки лиц с различными формами зависимого поведения. Все они применяют совершенно разные подходы к процессу выздоровления. Единым является лишь одно: каждая группа строго придерживается своей философии, которая помогает сохранять единство группы и приводит к избавлению от компульсивного прибегания к объекту зависимости новичка.

Группы взаимопомощи можно классифицировать следующим образом:

1. Группа для людей с определенным типом зависимости.
2. Группы с наличием обученных, оплачиваемых ведущих или модераторов. В некоторых сообществах, например, организациях SMART или «Женщины за трезвость», содержание, относящееся к программе, передается обученным добровольцем, в то время как в программах, основанных на философии 12 шагов, использование услуг обученных оплачиваемых модераторов запрещено.
3. Группы для близких зависимых. Такие сообщества объединяют родственников и друзей людей с определенным видом зависимости.
4. Группы с различным отношением к религии и духовным практикам. Так, 12-шаговые сообщества открыто позиционируют себя как духовные, но не религиозные. Группы SOS (Secular Organizations for Sobriety) созданы для потребности людей, которые не комфортно чувствуют себя в общинах, где подчеркивают духовное направление или скептически относятся к ним.
5. Открытые и закрытые группы, в зависимости от возможности присоединения в процессе прохождения этапов программы. В сообществе АА, например, существуют открытые группы, куда может в любое время прийти алкогольный аддикт с любым сроком поддержания трезвости или без него с целью узнать о программе АА, идентифицироваться с другими аддиктами, получить поддержку в ситуации, угрожающей трезвости. А также существуют группы, изучающие шаги программы АА. Такие группы после набора 10–12 участников закрываются для того, чтобы все участники находились в одинаковых условиях выздоровления.
6. Группы взаимопомощи с различным акцентом в работе над собой. Так группы АА практикуют смирение, признание бессилия и неуправляемости жизни, а группы «Женщины за трезвость», наоборот, работают над поиском опоры в себе, чувства компетентности.
7. Группы с различным отношением к ценности трезвости. Участники 12-шаговых сообществ практикуют абсолютную абстиненцию, считая, что она является единственным залогом счастливой успешной жизни. Участники американской организации «Moderation Managment» выступают за «контролируемое употребление».

Как показывает практика, наиболее эффективными способами коррекции аддиктивных состояний становятся те, в рамках которых осуществляется холистический (целостный) подход.

Распространенными и эффективными группами взаимопомощи для лиц с алкогольной аддикцией являются группы на основе Программы «12 шагов Анонимных Алкоголиков». Деятельность «Анонимных Алкоголиков» базируется на так называемых «12 шагах», «12 традициях» – принципиальных нормах жизни каждого члена сообщества (приложение А). В сообществе АА говорят о так называемом «треугольнике выздоровления»: единство, служение, выздоровление. Стороны равностороннего треугольника обозначают: единство – 12 традиций, служение – бескорыстная помощь другим в вопросах избавления от зависимости, выздоровление – 12 шагов. Адепты сообщества АА едины во мнении, и почти 90-летняя история существования самофинансируемого сообщества подтверждает, что гармоничное применение шагов, традиций и взаимопомощи позволяет алкогольному аддикту соблюдать физически и психологически комфортную трезвость.

Не только 12 Шагов, но и 12 Традиций АА имеют психотерапевтическое значение. На это указывает само отношение к Традициям АА членов сообщества. В частности, они в любой момент могут высказывать свое мнение о проделанных Шагах, говорить о личном опыте их прохождения, своем собственном пути в программе – и это воспринимается другими «Анонимными Алкоголиками» совершенно спокойно. Но в случае попыток неадекватного толкования или изменения «Традиций» сообщества большинство членов АА жестко встает на их защиту. Непокосимость позиции обычно присутствует у людей лишь тогда, когда возникает угроза их собственному существованию. Традиции, в первую очередь, отстаивают единство Сообщества «Анонимных Алкоголиков» – как защиту и гарантию безопасности личности алкоголика, нацеленного на процесс выздоровления, а также сохранения Программы «12 шагов», позволившей отказаться от употребления алкоголя первым 100 алкоголикам в 1935 году. Кроме того, подобная организация работы сообщества не позволяет ему стать тоталитарной сектой.

Принципы выздоровления Сообщества «12 шагов» сочетаются с биопсихо-социо-духовной моделью алкогольной аддикции. Главным в идеологии сообщества АА также является признание алкоголизма болезнью, приводящей к стабильным нарушениям в биологической, психологической, социальной и духовной жизни человека. Изменения на биологическом уровне считаются необратимыми и практически неизлечимыми, но все остальные аспекты различных проявлений заболевания, по мнению членов сообщества АА, могут направленно и успешно корректироваться. «12 шагов» провозглашаются программой личностного выздоровления и поддержания трезвого образа жизни, а «12 традиций» – суммой норм функционирования самого сообщества в окружающем мире.

Точка зрения «Анонимных Алкоголиков» на алкоголизм как на болезнь определяется несколькими положениями:

- Алкоголизм – хроническая прогрессирующая болезнь с предсказуемыми признаками и предсказуемым результатом (психиатрическая клиника, ЛТП, тюрьма, смерть).

- Способность контролировать потребление алкоголя утрачена больными навсегда.

- Алкогольная аддикция в равной степени влияет на тело, мышление, психологические особенности, социальную жизнь и духовное развитие страдающего, и истинное освобождение от этого заболевания требует коррекции и восстановления каждой из этих сфер.

- Принципы 12-шагового сообщества позволяют научиться жить полноценной жизнью, в течение всей дальнейшей жизни не употребляя алкоголь, а также и другие психоактивные вещества.

«...“Анонимные Алкоголики” исходят из понимания того, что больным никогда уже не научиться пить “как все”, т.е. контролировать количество выпиваемого алкоголя. Они по собственному опыту знают, как многие больные обманывают себя, считая, что они сохраняют этот контроль или мечтая его вернуть. Учитывая научно доказанные необратимые нарушения функционирования биохимических (нейрогуморальных) механизмов регуляции обмена веществ и психоэмоционального состояния, вызванные длительным потреблением алкоголя, ясно, что подобный контроль теперь невозможен, а практически любой прием алкоголя приводит к обострению заболевания...» [53].

«...Условием “восстановления” больного по программе АА, в первую очередь, считается признание им факта окончательной потери контроля над потреблением алкоголя. И лишь признав наличие у себя утраты контроля над выпивкой, можно рассчитывать на выздоровление в том контексте, который заявлен членами АА: «Мы–алкоголики, мужчины и женщины, которые потеряли способность управлять нашим питием. Мы знаем, что никакой реальный алкоголик никогда не сможет контролировать потребление спиртного...» [53].

«...У простого обывателя, а порой и у специалистов возникает вопрос. “Почему алкоголик пьет?” В АА не задают себе подобных вопросов. Вместо проблемы: “Почему я пью?” Анонимные Алкоголики решают проблему “Что делать, чтобы не пить?”. В так называемой “Большой книге” первые члены АА делятся соображениями о том, что именно им помогло длительно сохранять трезвость. Один из важнейших “постулатов” АА базируется на следующем представлении: при развитии химической зависимости у человека уже нет необходимости владеть собой, управлять своими эмоциями. Больной останавливается в своем эмоциональном развитии – процесс формирования у него механизмов эмоциональной устойчивости блокируется. Поэтому любое, особенно неожиданное эмоциональное

переживание, потрясение, связанное с горем, обидой, злостью, страхом или радостью, становится трудно переносимым без алкоголя. У клиницистов и психологов сложилось устойчивое мнение, что общей чертой алкоголиков является эмоциональная измененность и неразвитость. Сами члены АА заявляют, что эмоциональная незрелость – это суть их болезни. Она со временем возрастает, и алкоголик теряет возможность выражать и понимать свои чувства. Поэтому он не знает, что с ними делать, не умеет их осознавать и передавать другим, часто не способен их даже назвать. Он загоняет свои чувства вглубь – особенно негативные: злость, обиду, страх. Когда таких эмоций накапливается слишком много, он начинает пить, и это помогает ему в какой-то мере освободиться от внутреннего напряжения...» [53].

«...Цель программы “12 шагов” – эмоциональная зрелость, достигаемая путем последовательной проработки отдельных «шагов» при помощи других членов сообщества. При этом только в тексте 1-го шага встречается слово “алкоголь”, говорится о том, что необходимо перестать бороться с собой и признать свое бессилие перед болезнью, признать факт потери контроля над своей жизнью. Совершая этот Шаг, алкоголик ломает свой механизм защиты и отрицания – это необходимое (хотя все же недостаточное) условие для сохранения трезвости. Остальные Шаги служат опорой для целенаправленного духовного развития. Идея этого процесса выражена в известной “молитве” АА: “Боже, дай мне разум и душевный покой принять то, что я не в силах изменить, мужество – изменить то, что могу изменить и мудрость – отличить одно от другого”. Программа “12 шагов” делает упор на активную работу над собой самого больного. Ставится только одно условие – искреннее желание бросить пить. Программа предполагает длительное и непрерывное участие больного в реабилитационном процессе. Работая над преодолением проявлений алкоголизма в группах АА, больные меняют не только стиль своего поведения, но и систему своих взглядов и убеждений. При этом утверждается, что изменения в сознании и мышлении происходят после изменения форм поведения (в АА существует афоризм: “Принеси тело, голова придет позже”). Член АА имеет возможность освоить новые стереотипы поведения путем регулярной тренировки новых навыков. Обретающий трезвость не столько думает, сколько делает, действует, так как его мышление еще долгое время остается алкогольным. Наибольших результатов можно достичь путем прямого копирования поведения других членов АА, имеющих большой стаж трезвости. Таким образом, используется ролевая, поведенческая имитация как одна из основных форм обучения, научения. Новый член АА использует трезвые паттерны поведения, хотя он и мыслит все еще как больной. Такого новичка в АА называют не трезвым, а “сухим”...» [53].

«...Программа “12 Шагов” рассматривается как технология, позволяющая больным алкоголизмом благодаря духовным изменениям, происходящим по мере работы над шагами, жить комфортной трезвой жизнью,

когда для улучшения настроения или самочувствия у них нет необходимости использовать алкоголь или другие вещества, изменяющие психофизическое состояние. Еще один важный момент: вера в Высшую Силу, в силу группы помогает корректировать эгоцентрические устремления больного. Ведь алкоголики в значительном большинстве своем – эгоцентрики, проявляющие постоянное стремление подчинять всех окружающих своим интересам, контролировать не только прием алкоголя, но и жизнь близких. В основе обретения новой духовности в АА лежит признание утраты такого контроля: “Это не я являюсь центром мира, не я повелитель Вселенной, я не контролирую весь мир”. Для больного нередко такое понимание – что-то совершенно новое...» [53].

Опыт эффективной реализации разносторонних воздействий на аддиктивный процесс можно видеть на примере работы антиаддиктивного центра Миннессоты (клиника Святой Марии), в которой основной цикл коррекции всех видов расстройств аддиктивного характера составляет 28 дней. Проводимые в клинике подходы заимствуются специалистами других стран. Наиболее известный на «постсоветском пространстве» реабилитационный центр, работающий по миннессотской программе – Дом надежды на горе (Ленинградская область). В Республике Беларусь это: Реабилитационный центр «Феникс» (г. Минск); Реабилитационный центр «Радуга» при УЗ «Минский городской клинический наркологический центр»; Центр реабилитации «Исток» (г. Минск); Реабилитационный адаптационный тренинговый центр «Двенадцатый регион» (п. Бобр); Реабилитационный центр «КЛЮЧ» (отделение медицинской реабилитации учреждения «Гомельский областной наркологический диспансер»); УЗ «ГОКЦ “Психиатрия-наркология” реабилитация лиц, страдающих зависимостями» (г. Гродно); Центр помощи зависимым «Светоч» (г. Бегомль); РНПЦ Психического здоровья. 21-е наркологическое отделение для лечения и реабилитации лиц, страдающих синдромом зависимости от психоактивных веществ (г. Минск).

Миннессотская модель включает в себя ежедневное получение пациентами информации, содержащей в себе основные элементы знаний, которые необходимы как для носителей аддиктивной проблемы, так и для их родственников. Ежедневно в течение 2–3-х часов слушатели знакомятся с лекционным курсом, посвященным темам, которые затрагивают знакомство с механизмами формирования аддиктивных расстройств. Предоставляемая пациентам информация об этой стороне аддиктивного процесса чрезвычайно важна для них в связи с необходимостью понимания причин возникновения аддикции [9; 54].

«...Часть дня посвящена групповым занятиям. Пациенты делятся на группы по 10–12 человек. При формировании групп соблюдается принцип, согласно которому группа не должна быть однородной по виду аддиктивного расстройства, состоять только из алкогольных или только из наркоманических аддиктов. С этой целью в ее состав включаются лица с нехимическими

формами аддиктивного поведения. Соблюдение этого условия важно для постоянной демонстрации наличия общих механизмов аддикций...» [54].

«...В процессе занятий происходит дальнейшая проработка общих механизмов аддиктивного поведения и одновременно осуществляется идеологическая настроенность на жесткую “привязку” слушателей к работе Анонимных Обществ Общества “Анонимных Алкоголиков”, “Анонимных Наркоманов”, “Анонимных Сексуальных Аддиктов” и др. Все заинтересованные лица, участвующие в реализации коррекции, суггестируются на предмет необходимости участвовать в программах данных Обществ. Объединяющим принципом является концепция анонимности и необходимость следования 12 шагам и традициям, и основном одинаковым для всех Обществ и, по существу, отличающихся только разными названиями аддиктивного агента...» [54; 59–64].

Первое знакомство начинается с представления себя каждым членом группы. Момент презентации имеет большое значение, связанное с обозначением себя как человека, страдающего определенным видом аддикции. При этом у пациентов, с одной стороны, возникает чувство родственной близости по отношению к носителю такой же аддикции, а с другой – более далекое «родство», касающееся людей с другими формами аддиктивных расстройств. Так происходит эмоциональное сближение участников. Каждый вновь прибывший представляет себя аналогичным способом [9; 54].

Каждый член группы на основании своей истории жизни пишет сочинение о проблеме, обращая особое внимание на детский период жизни, на образы родителей, упоминая о пережитых им драмах, несчастьях и т.д. Специалист, который «ведет» группу, создает атмосферу, стимулирующую других членов группы на вмешательство в этот процесс с самого начала. Члены группы, имеющие свой собственный опыт и переживания, анализируя написанное, могут, например, сказать: «Ты же не все написал! Ты пишешь о том, что у тебя был проблемный отец, но в то же время почему-то умалчиваешь о том, что он пил или злоупотреблял наркотиками? Почему ты не указываешь, к чему это обычно приводило?»

Так начинается перекрестный разговор, в процессе которого идентифицируются оставшиеся без должного внимания проблемы. Автор неполного сочинения переписывает его еще раз. В обстановке доверия в результате повторного анализа дополненной и переработанной информации достигается лучшее понимание себя и других членов группы. Постепенно степень доверия в группе возрастает. Происходит обучение использованию взаимного опыта. Опыт одного становится опытом другого, что метафорически напоминает нарастание катящегося с горы снежного кома [9; 54].

Следующий этап деятельности группы заключается не просто в разборе какого-то случая, а в использовании психодраматического

подхода к его воспроизведению и анализу. Элементом психодрамы является участие в ней другого/других членов семьи. Разговор с ними многое проясняет, так как анализ написанного сочинения это одно, а отношение к происходящему заинтересованных людей (мужа, жены, родителей, детей и др.) – совсем другое. Возникают драматические ситуации взаимных обвинений. Диагностируется тот самый «скелет в шкафу», присутствующий анамнезу многих семей.

Разбор каждого конкретного случая продолжается не менее двух часов и является чрезвычайно полезным для всех участников. Зачастую выявляется, что аддикция составляет только часть другой, более значительной, а иногда и психиатрической проблемы. Человек вдруг осознает, что всю жизнь он связывается с неподходящими для себя людьми, не входящими в его качественный мир.

Между тем известно, что в случае бедности качественного мира возникает скука и психологический дискомфорт. Такой человек находится в состоянии постоянного эмоционального напряжения, фрустрации и хронического чувства неудовлетворенности. У него возникает комплекс неполноценности, неуверенность, плохое отношение к себе. В этом состоит только одна часть коррекционного процесса [9; 54; 196–206].

Вторая часть – непосредственное сближение с Анонимным сообществом заключается в подробной проработке на очередных собраниях группы некоторых «шагов» программы. Таким образом, человек исподволь «готовится» к участию в Сообществе. При этом как бы подразумевается необходимость дальнейшего участия и работе Общества [9; 54; 196–206]. Для участия в этой части программы приглашаются представители анонимных сообществ, практикуются посещения собраний анонимных групп либо такая группа организуется при реабилитационном центре.

Не каждый участник коррекционных программ является сторонником идеологии Анонимных Алкоголиков. Существуют группы взаимопомощи, основанные на других принципах.

Программа «Новая жизнь» (США), которая основывается на позитивном подходе к жизни, стимулирует эмоциональный и духовный рост.

Движение «Женщины за трезвость» началось в США в июле 1976 г. Оно было создано Жан Киркпатрик, американским социологом, имевшей 5-летний собственный опыт борьбы с алкогольной аддикцией, в том числе в сообществе АА [9; 55; 56; 57].

Движение «Женщины за трезвость» подчеркивает, что женщины с аддиктивными проблемами требуют особого подхода с акцентом на формирование адекватной самооценки. Концепции этого движения заслуживают внимания:

- У меня есть угрожающая жизни проблема пьянства. Я должна научиться контролировать свою жизнь и свою болезнь. Я принимаю на себя ответственность за это.

- Отрицательные эмоции могут только разрушить меня, моим первым конструктивным действием должно быть устранение всего негативного в моей жизни.

- Счастье – это та привычка, которую я должна развить в себе, это то, что создается самим человеком, а не то, чего он ожидает от других.

- Проблемы беспокоят меня только до той степени, в какой я позволяю им это делать (я сейчас лучше понимаю свои проблемы, и я не нуждаюсь в каких-то субстанциях для того, чтобы с ними справляться).

- Я такая, как я о себе думаю, я способная, компетентная, заботящаяся, сочувствующая женщина.

- Жизнь может быть ординарной или превосходной. Я могу достичь ощущения превосходности жизни сознательным усилием.

- Любовь может изменить течение моего качественного мира.

- Фундаментальным объектом жизни является эмоциональный и духовный рост.

- Прошлое навсегда ушло. Никогда больше я не буду чувствовать себя жертвой прошлого. Я – новая личность.

- Любовь, которую ты даешь, вернется к тебе в удвоенном варианте. Мое доброжелательное отношение к людям приводит к тому, что и другие любят меня. Энтузиазм – мое каждодневное упражнение. Я высоко ценю все моменты моей новой жизни.

- Я – компетентная женщина, которая может многое дать окружающим. Я буду всегда такой и буду об этом помнить.

- Я ответственна за себя и за свои действия. Я контролирую свое сознание, свои мысли и свою жизнь.

Жан Киркпатрик (1986) подчеркивает значение групповой динамики в работе Общества. Считается, что группа не должна превышать 6–8 человек, которые встречаются 1–2 раза в неделю. Ведущие группы должны тщательно отбираться, тренироваться и иметь формальную сертификацию. В программе нет акцентуации на необходимость постоянного поиска в себе чувства вины, она противостоит дискриминации по половому признаку. Участницы утверждают, что они не являются гражданами второго сорта, нагруженными чувством вины, которые «должны подавлять чувство злости, неудовлетворения, фрустрации и т.д.». В программе движения провозглашается ценность самозначимости, положительных образов воображения, равенство; делается акцент на использовании внутреннего потенциала для обеспечения личностного роста и независимости [9; 55–57].

Особенности программы «Женщины за трезвость» свойственны также Обществу «Рациональное Выздоровление» (Rational Recovery). Программа «Рациональное выздоровление» возвращает человека в состояние, в котором он пребывал до развития аддикции. Следуя рекомендациям программы,

человек учится преодолевать деструктивные когнитивные паттерны, которые могут привести его к саморазрушительному поведению [9; 55–57].

В Обществе «Рациональное выздоровление» считается, что существует категория неуверенных в себе лиц, самооценка которых колеблется в зависимости от изменяющегося отношения к ним окружающих, особенно авторитетных лиц. Критический анализ их установок находит отражение в рационально-эмоциональной терапии Ellis (1973). Постоянно меняющаяся самооценка заставляет человека находиться в зависимости от рейтинга, который он получает. Это приводит его к потере самостоятельности, способности оценивать себя самому. Несовпадение оценки окружения с самооценкой приводит к фрустрации, плохому настроению. Такого человека легко «подбить» к уходу в аддикцию, как к средству избавления от состояния психологического дискомфорта [9; 55–57].

В программе Общества «Рациональное Выздоровление» поддерживается необходимость дистанцирования по отношению как к положительной, так и отрицательной оценке окружения.

В данной программе Общества прослеживается, что значимость человека и его самооценка не должны зависеть от мнения окружающих.

Ценностные ориентации и притязания личности не могут быть субъектом одобрения или неодобрения. Крайне важным является акцент на осознании индивидуальности каждого из членов общества. Адекватная акцептация человеком комплиментов, критики в его адрес и пр., безусловно, необходима, но определять свою значимость только на основании этих суждений было бы неправильным. Членам Общества предлагается проработать примерно такую установку: «Кем бы ни были эти другие, они не живут внутри Вашего сознания и не ходят в Ваших башмаках. У них нет достоверных данных, позволяющих судить о Вас, даже если они занимают позицию, позволяющую, с их точки зрения, высказывать эти суждения». Следовательно, экзистенциальная значимость человека это постоянная, а не переменная величина, которая не должна зависеть от оценки окружения. На этой основе строится философия групп «Рациональное Выздоровление» [9; 55–57].

Члены Общества осознают подверженность человека совершению различных ошибок. Идеология группы провозглашает преобладание самопрощения над чувством вины и стыда. Переживая сожаление, угрызения совести и грусть, человек не осуждает себя как личность за их причину. Аддикт оценивает эти негативные эмоции [9; 55–57].

Программа «Рациональное Выздоровление» (Trimpey, 1992) способствует прекращению аддиктивной реализации в связи с задействованием присущего каждому человеку чувства внутреннего достоинства. Акцептация этого фактора оказывается очень важной, так как человек старается оставаться трезвым для того, чтобы испытать чувство положительной

самооценки. Он стремится хорошо думать о себе, нравиться себе в связи с тем, что не выпивает.

Таким образом, в этой программе подчеркивается чувство личной значимости человека, ориентированность на состоянии как нормальную реакцию на конкретные ситуации, не давая себе общей отрицательной оценки. Он принимает индивидуальное решение исправить результаты прошлых ошибок на основании собственного суждения, которое не является предметом обсуждения остальных членов Общества. Член общества «Рациональное выздоровление» принимает себя как индивидуума, совершающего ошибки, но, несмотря на это, являющегося достойным человеком, способным к личностному росту. Известно, что констатация одних лишь социальных и личных достижений зачастую не может дать человеку ощущения экзистенциального счастья и спокойствия, и наоборот, хронический неудачник может не считать себя таковым [9; 55–57].

Одной из проблем, которые обсуждаются на заседаниях общества «Рациональное Выздоровление», является вопрос о «пусковой» выпивке у человека с алкогольными проблемами [9; 55–57].

В Обществе «Рациональное Выздоровление» первая «пусковая» выпивка у человека с алкогольной проблемой рассматривается не как изолированное решение. Первый прием алкоголя является последним звеном в серии предшествующих решений, связанных с осмыслением необходимого количества алкоголя, местом его приобретения, выбором места употребления, компании и пр. Принятие решения о необходимости приема алкоголя не пассивное действие. Выпивка планируется как звено цепи, состоящей из нескольких решений. Общество «Рациональное Выздоровление» требует от своих членов тотального воздержания, считая, что любой прием алкоголя у человека с проблемами является звеном аддиктивного поведения [9; 55–57].

На заседаниях Общества обсуждаются и социальные аспекты выздоровления. Несмотря на то, что данный процесс является персональной проблемой каждого человека, эта проблема выходит за пределы личностного пространства отдельного индивидуума. Социальный аспект выздоровления включает в себя осознание отрицательного влияния аддиктивной реализации на жизнь других людей и формирование ответственного отношения аддикта к необходимости заботы об окружающих. Убеждения человека с алкогольной проблемой, вербализованные им фразой «Если я пью, то я приношу вред только себе», подвергаются серьезному анализу и проработке во время заседаний Общества. Эти утверждения рассматриваются как убедительный пример иррационального мышления аддикта. Обращается внимание на то, что человек должен не просто избавиться от аддикции, а заменить ее социальной активностью, приносящей чувство более глубокого удовлетворения [9; 55–57].

В Республике Польша с 1989 года существует Сообщество абстинентов (Апостольство трезвых друзей), неформальное объединение, занимающееся организацией различных мероприятий, способствующих поддержанию трезвости и выздоровлению от созависимости. Внутри Сообщества есть объединения по интересам (байкеров, туристов, творческих людей) [9; 55–57].

Православная программа «Метанойя» создана при московском Даниловом монастыре и помогает тем, кто столкнулся с проблемой алкоголя, наркотиков, а также их близким, т.н. созависимым. Программа представляет собой преломление программы АА сквозь учение православной церкви. Слово *метанойя* (греч. «изменение ума», «покаяние») – означает обращение к Богу и начало формирования собственно христианского разума – мышления человека, чье сердце духовно пробуждено, пронизано любовью к Богу и ближнему, ответственно за истину и добро и укоренено в Слове Божиим [58].

Интересен отечественный опыт: в ГУ «РНПЦ психического здоровья», на базе 21-го отделения создана групповая терапевтическая программа «Ковчег» для лиц с алкогольной аддикцией, поддерживающих трезвость. Программа базируется на получении пациентами знаний о механизме развития зависимости, вере, что являясь свободным человеком, способным отличить добро от зла, аддикт способен сделать правильный выбор в жизни. Программа начинается в стационаре и состоит из следующих занятий: план поддержания устойчивой трезвости; тест на зависимость от алкоголя; биография; история зависимости от алкоголя; Первый Шаг АА; Второй Шаг АА; Третий Шаг АА. В дальнейшем выписавшиеся пациенты работают над обретением эмоциональной трезвости в амбулаторных динамических группах [24].

В Витебском областном клиническом центре психиатрии и наркологии как часть инициативы «Вместе против детского травматизма» реализуется работа групп взаимопомощи созависимых граждан. Совместно с Управлением исполнения наказаний в ЛТП № 9 реализуется пилотный проект по реабилитации граждан с алкогольной зависимостью, это так называемая попытка организовать принимающее психологическое пространство в условиях пребывания в закрытом исправительном учреждении в течение 1 года.

Проведенный нами анализ литературных источников показал, что, несмотря на предпринимаемые меры, проблема алкогольной зависимости продолжает быть актуальной для населения Республики Беларусь. Доказано, что личностные проблемы алкогольного аддикта не решаются с прекращением употребления и требуют длительного периода реабилитации в условиях психотерапевтической группы или группы взаимопомощи. Суть аддиктивного поведения заключается в том, что, стремясь уйти от реальности, люди пытаются искусственным путем

изменить свое психическое состояние, что дает им иллюзию безопасности, восстановления равновесия, которое часто нарушается под влиянием окружающей действительности. Пациенты с алкогольной зависимостью демонстрируют наличие разнообразных иррациональных установок. Наиболее свойственны установки долженствования в отношении себя, отношении других и катастрофизации неблагоприятных ситуаций. Также отмечается достаточно низкая степень рациональности мышления и фрустрационная толерантность, что ведет к высокой вероятности возникновения и развития стресса. Исследуемым без данного заболевания менее свойственно использование иррациональных установок. Однако и они проявляют признаки чрезмерно высоких требований к себе и склонны к катастрофизации. Риск возникновения и развития стресса значительно ниже.

Пациенты с алкогольной зависимостью испытывают стремление жить завтрашним или вчерашним днем, не удовлетворены своей жизнью в настоящем и прошлом.

Лицам, страдающим алкоголизмом и вступившим на путь трезвости, членам их семей, детям, выросших в семьях, где родители страдали алкоголизмом, сложно социализироваться и преодолеть сложившееся в обществе негативное мнение об этой болезни без переживания чувства собственной несостоятельности и еще большего одиночества, чем в период злоупотребления алкоголем; доступным и эффективным вариантом для социализации являются группы взаимопомощи.

ГЛАВА 2. СОДЕРЖАТЕЛЬНЫЕ И ДИНАМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РЕФЛЕКСИИ УЧАСТНИКОВ ГРУПП ВЗАИМОПОМОЩИ ДЛЯ ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ АДДИКЦИЕЙ

Рассмотрим процессы, инициируемые Программой «12 шагов» АА в личности алкогольного аддикта, в той последовательности, в которой выполняются шаги. Поскольку данная программа предлагается как образ дальнейшей жизни зависимого, интересным представляется рефлексия содержания каждого шага на различных сроках поддержания трезвости.

Выбор 12-шаговых групп взаимопомощи обусловлен их преобладанием как в республике Беларусь, так и во всем мире. Филип Дж. Флорес указывает, что такие группы более адаптивны к терапевтическому процессу, отличаются способностью к быстрой самоорганизации, фокус группы находится в «здесь и сейчас», в группе всегда присутствует наблюдающее эго (люди со свободным от конфликтов восприятием того, что происходит), правила группы создают изолирующий барьер для нежной и легко проницаемой психической «кожи» аддикта, в группе всегда присутствует эмоциональная окраска [215; 216–218].

Флорес со ссылкой на (Washton, 1992) «...резюмирует некоторые преимущества групповой терапии в сочетании с 12-шаговой программой: взаимная идентификация и принятие других людей, также столкнувшихся с подобными проблемами; позитивное ролевое моделирование для абстиненции, проверка реальности всего того, что касается приема вещества; зависимый человек имеет возможность осознать собственные установки в отношении аддикции и те защиты, которые не дают ему отказаться от алкоголя и наркотиков (это обеспечивается столкновением с подобными же установками и защитами у других пациентов); конфронтация, непосредственная обратная связь и позитивное товарищеское давление в пользу воздержания; аффилиация, сплоченность, социальная поддержка в период обучения более прямому выражению своих чувств; структура, дисциплина и ограничения, возможность учиться на опыте и обмениваться фактической информацией о выздоровлении и употреблении веществ; вселение надежды, вдохновение, наличие общих целей и идей...» [215].

Авторы выражают благодарность участникам групп взаимопомощи за помощь в реализации данного исследования и обязуются следовать принципу анонимности, принятому в группах.

Шаг 1. Мы признали свое бессилие перед алкоголем, признали, что мы потеряли контроль над собой.

Цели 1-го шага для аддикта:

- *убедиться, что алкоголь ни при каких обстоятельствах не поможет жить счастливо;*

- убедиться, что нет никаких шансов самому, своими силами бросить пить.

Ключевыми в Первом шаге программы Анонимных Алкоголиков являются несколько моментов: признание собственного бессилия в вопросе контроля употребляемого вещества; признание неуправляемости жизни; идентификация с другими зависимыми. Отметим, что признание бессилия, т.е. отсутствие контроля над употреблением, – объединяющий момент Программы АА с любой другой реабилитационной программой или методом лечения алкогольной аддикции.

Словарь русского языка определяет слово *бессилие* следующим образом:

БЕССИ́ЛИЕ, -я, ср.

1. Недостаток физических сил; крайняя слабость. Семен Иванович хотел еще что-то сказать, но в бессилии упал на постель. Достоевский, *Господин Прохарчин*.

2. Неумение, неспособность или отсутствие возможности к совершению чего-л.; беспомощность. Затеянное мною дело вдруг представилось мне так трудно, что я почувствовал свое бессилие. Л. Толстой, *Так что же нам делать? Всем нравилось видеть бессилие полиции*. М. Горький, *Мать* [207].

В вопросе признания бессилия программа руководствуется двумя моментами: 1. Наличие феномена «тяги», которая начинается после первой рюмки или дозы, и усиливается с каждой последующей (с точки зрения медицины характеризует биологический аспект заболевания); 2. Невозможность прекратить употребление самостоятельно, т.е. с помощью силы воли.

В этой связи необходимо обратить внимание на термин *безумие*.

БЕЗУ́МИЕ, -я, ср.

1. Сумасшествие. Приступ безумия.

2. Крайнее безрассудство; безрассудный поступок. [Матвеев] казалось, что обедать в ресторане – чистое безумие. Короленко, *Без языка* [207].

С точки зрения Программы «Анонимные Алкоголики», Безумие – ожидание другого результата от действий повторяемых раз за разом, т.е., страдая алкоголизмом продолжительное время, аддикт, как правило, понимает, что первая рюмка является началом следующего запоя, но волшебным путем верит, что в этот раз будет по-другому.

Неуправляемость – неподконтрольность.

Неуправляемый, прил. 1. Такой, которым никто не управляет.

2. *Не поддающийся чьему-либо руководящему воздействию* [208].

Книга «Анонимные Алкоголики» описывает жизнь, ставшую неуправляемой, следующим образом: «...У нас были трудности в отношениях с другими людьми, мы не умели контролировать свойственную нам эмоциональность, мы испытывали горе и депрессию, мы не могли зарабатывать себе на жизнь, мы чувствовали себя никому не нужными, мы были

подавлены страхом, мы были несчастны, мы были не в состоянии кому-либо помочь...» [209].

Приведем фрагмент интервью члена группы взаимопомощи о признании беспомощности перед алкоголем и неуправляемости жизни с корреспондентом «Советской Беларуси»: «...До 25 лет я не знал, что такое вино или водка: в родительском доме не пили вообще. В куйбышевском институте, где из меня готовили военного врача, помимо учебы, занимался волейболом–тренировки по 4–5 дней в неделю. Было не до гулянок. Наконец я получил диплом, лейтенантские погоны и отправился служить в Группу советских войск в Германии. Вот там и началась жизнь-праздник. Зарплату нам платили превосходную, причем целых две: получали марки на месте, а на родине ежемесячно начислялись рубли. К концу года набегала сумма, на которую я, желторотый лейтенант, мог купить себе машину. Через два года жизни на таком раздолье, я – молодой врач почувствовал, что уже не могу без “опохмелки”: наутро трясутся руки, а как выпьешь – все приходит в норму. Начались запои. Кое-как дослужил до конца срока (в Германию отправляли на 5 лет) и был переведен в Семипалатинскую область в Казахстане, где любовь к выпивке реализовывалась с гениальной простотой: ставил возле кровати трехлитровую банку водки. Поспал – два-три глотка – и снова в “аут”. Даже не ел ничего.... “черные” запои не остались не замеченными командирами. Через две недели был разжалован и уволен из армии. С твердым намерением бросить я устроился терапевтом районной поликлиники... Но вновь запил. Пока знакомые и начальство не заметили моего пристрастия к бутылке, быстро переехал в Украину, где устроился врачом скорой помощи... И опять запил. Вернулся к родителям. Снова стал работать врачом. В родном городе, где все тебя знают отличником учебы и спортсменом, пить было стыдно. Специально, чтобы бросить, лег на 45 суток в клинику, где мне внутримышечно имплантировали специальный препарат. “Подшился”, как говорят в народе. Воспоминания тех дней: “Постоянно жил с чувством какого-то дискомфорта – хотелось выпить. Через девять месяцев решил рискнуть – попробовал 100 граммов “Осеннего букета” по случаю дня рождения коллеги. До сих пор не понимаю, почему это сделал. Вскоре осознал, что «отказали» все тормоза. Сейчас уже могу в этом признаться: 25 лет назад, если кто-нибудь в городе хотел получить “больничный”, он знал, что нужно идти ко мне. В конце концов обо всем узнало начальство и меня уволили по статье. Пришлось устраиваться рабочим. Бригада подобралась как на заказ: бывший доктор, бывший инженер, бывший бухгалтер и бывший ветврач. Все с одним интересом: украсть, загнать, выпить. Строишь бассейн – можно прибрать к рукам бетон, ставишь теплицу – пленку. Стройматериалы всем нужны! Потом ушел на комбикормовый завод помощником грануляторщика. Схема та же: вынес, загнал, выпил. Там действовала твердая такса: мешок корма – литр. Мой отец был учителем, местным

депутатом, народным заседателем в суде. Уважаемым в городе человеком. Мое падение он переживал очень остро. В конце концов старик не выдержал и вызвал милицию.

Все произошло быстро – наручники, камера, на утро суд, два года лечебно-трудового профилактория. Честно говоря, поначалу я был уверен, что все это – “сценическая постановка”. Переговорил папа с начальником милиции, судьей и устроил для сына представление. И только тогда, когда меня привезли за высокий забор, обрили и всучили “зэковскую” шапочку, я понял: все “по-настоящему”.

Я, экс-пьяница и... главный нарколог, через две недели принудительной трезвой жизни и созерцания спившихся кандидатов наук и высших военных чинов, каждый из которых мнил себя непонятой индивидуальностью, бывший доктор сделал для себя три стратегических вывода, которых и придерживается до сих пор: “Я-алкоголик. Я не могу пить умеренно. Мне нельзя трогать первую рюмку...” [210].

Высказывание Р. на группе взаимопомощи по 1-му шагу: «...Мне как-то легко дался первый шаг – и я довольно быстро понял, что бороться – бесполезно. Сначала я заливал свои печали, холил их и лелеял, боялся потерять – потому что знал – уйдут они и останется чистая правда – я не могу не пить.

Я валил все на школу, маму, папу, потом на жену, потом на работу, на свою лень, на то, что меня не любят, не ценят и т.д. Даже на то, что мне не нравится ремонт в моей квартире – вот если бы обои были бы другими – ага и такое было. Причин для оправдания пьянки было море. В конечном итоге я: сменил работу, сделал ремонт, у меня другая жена, я занялся йогой и спортом – короче я сменил все внешние обстоятельства, которые помогали мне пить..., НО я регулярно раз в 3–4 месяца нажирался на ровном (как казалось) месте. Я пошел (вернее имел долгий разговор с женой и мы вместе с ней пошли) на реаб. программу – и только там я узнал, что у меня вторая стадия алко (не в самой плохой форме – но 2-я). Там же узнал про шаги, АА – и про то, что все мои попытки контролировать, завязывать и т.п. – это по сути борьба с тем, с чем бороться – смысла нет. Победы не будет – он сильнее, он победит – умнее уклоняться от встречи с ним. И самое важное – пропадает потребность выбора способа борьбы – я от нее отказываюсь – и следовательно я не пью и не пью – алкоголь для меня яд и непобедимый враг. Я немного творчески подошел к процессу – но это будет далее во втором и третьем шагах – я попытался, отказавшись от борьбы, стать прозрачным для алкоголя – я не отвергаю, не принимаю – я сижу тихо – и что называется – не отвечаю. Представим себе себя и зеркало – вы подходите к зеркалу – но оно ничего не отражает, так и я учусь делать... я понял одно – моя биохимия НИКОГДА не изменится – ни через год, ни через 40 лет. А вот с головой работать можно – и вполне успешно – запои начинаются в голове, – заканчиваются в толстой

кишке – так что ум – первичен. Итак подытожу – мне проще не пить первую рюмку – она мне ни уму ни попе – мне нужно для разгона 2 бутылки сухого или пузырь коньяка – пляшечка – мне – это издевательство.

Но приняв эту пляшечку – я с вероятностью 90% продолжу сразу же, а с вероятностью 102% продолжу вскоре – проходили, плавали – знаем. Вся моя алкогольная карьера – как сейчас я вижу проходила через призму потребления – радость, горе, плохо, хорошо, в лес на шашалык, отдых на море и т.д. – все события определялись исключительно через бухнуть или не бухнуть.

Я тогда разучился отдыхать – просто отдыхать без алко. Главное что я реально вынес из первого шага – я перестал жить жизнью без алкоголя – он присутствовал везде – я мог нажраться на работе среди бела дня на ровном месте – в результате меня выкинули с работы. Я мог нажраться в антракте спектакля. Я мог нажраться по дороге с работы и т.п. Я не управлял своим потреблением и из-за этого моя жизнь стала похожа на абсурд. Неуправляемость – вот она в чем проявлялась – в спонтанности выпивки и следовательно в непредсказуемости последствий от этой выпивки.

И когда я это понял – мне стало легко – не искать способов контроля и доз (т.н. КОНТРОЛИРУЕМОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ) не устраивать чехарду с напитками и закусками – а просто признать одну простую истину – “Ты дружок, НИКОГДА не сможешь контролировать алкоголь – потому что твоя тушка и твой ум – не способны на это, это как пытаться приучить себя к засовыванию пальцев в розетку – ...боишь будет в 100 случаях из 100 попыток”. Проще не засовывать туда пальцы...» [211].

Важным моментом в программе 12 шагов является так называемое Дно, состояние, по словам адептов 12-шаговой программы, когда «употреблять уже больше невозможно (алкоголь перестает приносить облегчение) и не употреблять невозможно (настолько сильным является биологический компонент зависимости)» [212–214]. Дно хорошо тем, что от него можно оттолкнуться и «всплыть». Достижение аддиктом дна сопровождается тяжелыми психологическими переживаниями, и может быть обставлено различными внешними обстоятельствами (потеря любимой работы, разрыв любовных или семейных отношений, осознание, что человек уже несколько лет не только не занимался любимым видом спорта, но и не интересовался достижениями и новостями в этом виде спорта). Нужно отметить, что у каждого аддикта дно индивидуально. Состояние дна, как правило, в естественном развитии процесса болезни достигается достаточно поздно, на 3-й стадии, порой проходит не один год болезни. Можно ли использовать Программу «12 шагов» на ранних стадиях алкоголизма, когда клиент не достиг дна, социально и профессионально сохранен? Можно, если только человек задает себе вопросы: «Не слишком ли много я пью?», «Как я буду отмечать праздник, я не успел купить спиртное до закрытия магазина?»... и т.п. В такой ситуации может помочь прием: «Докрутить

пленку до конца», а также разнообразный опыт членов группы взаимопомощи. Например, одна молодая женщина воспользовалась метафорой: «Я считаю себя алкоголиком, потому что с этой болезнью, как с беременностью, нельзя быть чуть-чуть беременной» [219–224].

Следует отметить, что в 12-шаговой Программе аддикту предлагается самому поставить себе диагноз. Критерии абсолютно просты: невозможность контролировать количество выпитого и невозможность бросить употреблять самостоятельно. Конечно, психолог или нарколог могут предложить для определения алкогольной зависимости пройти тест по выявлению приносящего вред у потребления алкоголя (AUDIT) [225]. Признание зависимого человека больным аннулирует стигму и легитимизирует лечение [215; 226–230].

У алкогольного аддикта, в какой бы клинической стадии болезни он не находился, в группе взаимопомощи должна произойти идентификация, т.е. он должен понять:

1. Эти люди выпивали столько же, как и он, и имели такие же последствия употребления.

2. Эти люди трезвые, благодаря применению Программы «12 шагов» [231; 232].

Подобную идентификацию не может лично обеспечить ни лечащий нарколог, ни консультирующий психолог, в этом плане у аддикта всегда будет оставаться момент недоверия, которое может быть преодолено, по нашему опыту, предложением познакомиться с адептами 12-шаговой программы и/или посетить группу взаимопомощи.

Казалось бы, 1-й шаг Программы относится к бессилию выпившего алкоголика, бессилию остановиться, начав пить, оно же вторичное патологическое влечение к алкоголю, оно же утрата количественного контроля. Однако существует бессилие трезвого алкоголика, бессилие оставаться трезвым, оно же первичное патологическое влечение к алкоголю.

Первый шаг может быть выполнен быстро, но скорее всего он потребует времени, так как полное, безоговорочное принятие собственного бессилия и несостоятельности является тяжелым, может быть сокрушительным ударом по *Эго*. Сегодня, при наличии различных, как медикаментозных, так и психологических подходов, к облегчению состояния алкогольного аддикта, на принятие бессилия могут уйти годы! Наиболее тяжело 1-й шаг дается лицам с маргинальным эгоцентризмом, медицинским работникам, священнослужителям, выходцам из дисфункциональных семей, всю жизнь находящимся в тени значимой фигуры родителей.

Забегая вперед отметим, что в группах взаимопомощи, учитывая стигматизацию общества, у химических аддиктов превалируют неадекватные формы самооценки личности, как правило, заниженные. И даже имея очень солидный срок чистоты и трезвости, члены группы не могут да и не ставят себе цель вступать в конфронтацию с эгоцентричным новичком,

чье образование, место работы или семья, малые социальные потери поддерживают защитные механизмы психики, препятствуя идентификации с группой. В такой ситуации врач-нарколог или психолог может выступать как фасилитатор, придавая значимость посещению группы взаимопомощи и моменту признания бессилия, например фразой: «Это заслуживает уважения, знать свои слабые места, и соблюдать все рекомендации, чтобы избежать “пляски по граблям”». Таким образом, с одной стороны, клиент признает бессилие: «Я не могу больше употреблять алкоголь», а с другой – сила и, мужество, по-прежнему ему присущи!

Критерии выполненного 1-го шага:

Сильное, почти непреодолимое желание перейти ко второму шагу: к поиску той силы, которая защитит зависимого от алкоголя, если сам он бессилён защититься [211].

Как показывает общение с алкогольными аддиктами, находящимся на больших сроках поддержания трезвости (10 и более лет), первый шаг Программы АА остается по-прежнему актуальным в нескольких моментах.

Первый: научившись успешно жить без алкоголя, аддикт начинает чувствовать себя обычным человеком, память о последствиях употребления притупляется, посещение групп взаимопомощи кажется неактуальным, но воспоминания об чувстве облегчения, которое когда-то наступало следом за первой выпиваемой рюмкой по-прежнему храниться в памяти, время от времени всплывая фоном как вариант действия в ситуациях, в которых это самое облегчение ожидаемо (последний рабочий день перед отпуском, окончание продолжительной физической работы, разрыв или узаконивание отношений, перечень велик и индивидуален).

Второй банален и связан с первым. Притупляется чувство опасности, связанное с ситуациями, в которых присутствует алкоголь. Родственники, друзья не обязаны становиться приверженцами «сухого закона», если в окружении есть химический аддикт, игнорирование же совместных мероприятий со стороны зависимого усугубляет самостигматизацию. Игнорирование так называемой техники безопасности иногда приводит к ситуации неосознанного употребления (запах от бокала шампанского возбудил обонятельные и вкусовые рецепторы, рюмка со спиртным, стоящая рядом со стаканом с водой, предложение чокнуться и отставить, машинальное употребление протянутого спиртного, решение охладиться пивом в жаркий день на фоне двадцатилетней трезвости...). Рекомендацией по предотвращению такой ситуации является установление регулярности посещения групп взаимопомощи «живых» или онлайн, чтение тематической литературы, работа с семейным психологом по достижению истинного взаимопонимания в семье по вопросу досуга [233–239].

Шаг 2. Пришли к убеждению, что только Сила более могущественная, чем мы можем вернуть нам здравомыслие.

Цели 2-го шага для аддикта:

- *Выяснив в 1-м шаге свое бессилие перед употреблением алкоголя, сформировать понятие о силе, которая может помочь.*
- *Сформировать убеждение, что не нужно больше искать выход из ситуации «алкоголизм» (так как его действительно нет), но есть вход в ситуацию «здравомыслие», можно заняться его поиском.*

Среди специалистов-наркологов пустулируется тезис: «Бросают пить все, кто действительно этого хочет». Как правило, аддикт, обратившийся к 12-шаговой программе имеет богатый опыт прекращения употребления алкоголя с помощью морально-волевых качеств, народной и официальной медицины, и сформировавшийся комплекс «неудачника», тяжелые переживания стыда и вины по этому поводу.

Концепция Программы «12 шагов», предлагает взглянуть на аддикта с другой стороны, не на как неудачника, а как на больного хронической, прогрессирующей, смертельной болезнью, который нуждается в помощи. Второй шаг программы предлагает «идти и убеждаться», что есть люди, страдающие алкогольной зависимостью, которым удалось организовать и сохранять высокое качество жизни, не возвращаясь к употреблению алкоголя. Предлагается познакомиться с такими людьми на собраниях групп Анонимных Алкоголиков, в Православных братствах трезвления, Католических апостольствах трезвых друзей, группах взаимопомощи, на сайтах:

<http://vesvalo.net/>

<http://forumaa.net/>

<https://notdrink.ru/>

<https://aa-online.ru/>

<https://radioaa.ru/>

Далее программа предполагает сформировать индивидуальную концепцию Высшей Силы, это может быть традиционная, религиозная парадигма, принятая в той или иной конфессии, или «Бог, как я его понимаю», или положение: «Бог есть, и это не я»... Основное правило: концепция личной Высшей Силы должна быть такова, чтобы с ней можно было установить доверительные отношения.

Концепция Высшей Силы необходима, ввиду наличия в личности алкогольного аддикта нарциссического эгоцентричного ядра. Доктор Тьебо пишет в «АА взрослеет»: «...Для так называемого типичного алкоголика характерно присутствие нарциссически эгоцентричного ядра, где доминирует чувство собственного всемогущества и намерение любой ценой сохранить свою внутреннюю неприкосновенность. Эти качества встречаются и при других расстройствах, но у подавляющего большинства алкоголиков они присутствуют почти в чистом виде. Как отметил недавно д-р Силлман, на основании результатов наблюдения за целым рядом

пациентов ему не удалось определить общую структуру характера у “проблемных” алкоголиков, стремящихся уйти от эмоционального стресса, поэтому он использовал такие определения, как “непримиримая индивидуальность” и “претенциозность”, в качестве наиболее подходящих для комплексного описания ряда качеств, присущих таким алкоголикам. Мне кажется это очень точным определением. Алкоголик в душе не выносит никакого контроля со стороны людей или Бога. Он, алкоголик, сам является хозяином своей судьбы и должен оставаться им впредь. Он будет отстаивать эту точку зрения во что бы то ни стало...» [231].

«АА взрослеет»: «...Духовное пробуждение начинается тогда, когда человек перестает надеяться на собственное всемогущество. Непокорная личность отказывается от вызывающего поведения и принимает помощь, руководство и контроль со стороны. И по мере того, как человек освобождается от негативного и агрессивного отношения к себе и к жизни, он переполняется такими чрезвычайно позитивными чувствами, как любовь, дружелюбие, умиротворенность и глубокое удовлетворение, что является полной противоположностью прежнему беспокойству и раздражительности...» [231].

«АА взрослеет»: «...Все члены товарищества Анонимных Алкоголиков, которым удастся сохранять трезвость, рано или поздно претерпевают такие же личностные изменения. Им необходимо избавиться от нарциссизма, в противном случае программа Анонимных Алкоголиков будет действовать только в течение какого-то периода времени.

...Существует громадная разница между подлинным эмоциональным религиозным чувством и нечетким, смутным, скептическим рассудочным верованием, которое многие люди принимают за религиозное чувство. Независимо от того, что именно вкладывает человек в понятие Высшей Силы, до тех пор, пока он не начнет ощущать ее реальность и близость, его эгоцентричная натура будет снова выдвигаться на первый план с той же силой, и он снова начнет пить...» [231].

Виктор Франкл в разрезе экзистенциальной психологии писал: «...Не все можно понять в осмысленной взаимосвязи, в том числе телеологически (а можно только объяснить казуально), но как минимум мы можем понять, почему это так и должно быть так, почему что-то может казаться бессмысленным и почему мы все же можем верить в смысл, который скрывается за пределами видимости, который все же стоит за всем этим, пусть даже он находится в другой плоскости, в которой мы должны его обнаружить. Здесь знание отступает и слово берет вера; ведь в то, что нельзя познать, необязательно нельзя поверить. Уже говорилось, что нельзя постичь чисто интеллектуально, бессмысленно ли все в конечном счете, или за всем стоит скрытый смысл; но даже если на этот вопрос не существует интеллектуального ответа, возможно экзистенциальное решение. Когда на чаши весов положены “за” и “против” существования конечного смысла, мы всегда можем добавить на чашу “за” гирию своего бытия, а это означает уже выбор между двумя способами

мышления (вера и безверие). Выбирая между этими двумя способами мышления, верящий в смысл человек говорит свое “согласен”, свое “аминь”: “Пусть будет так – я решаюсь действовать так, “как будто” жизнь имеет бесконечный, превышающий наши конечные возможности понимания – «сверхсмысл»”. И тогда закономерно складывается такое определение, звучащее как правило: “Вера – это не мышление, суженное до реальности мыслимого, а мышление, расширенное до экзистенциальности мыслящего”» [240].

В августе 2023 года в издательстве Individuum вышла книга врача и человека, справившегося с алкогольной зависимостью, Карла Эрика Фишера «Тяга. Всемирная история зависимости» (перевод Евгении Сапгир). Ниже приведем отрывок, посвященный становлению движения «Анонимные Алкоголики» и одному из его создателей – Биллу Уилсону: «...До того как Уилсон бросил пить, на протяжении более десяти лет его дом в Бруклине представлял собой не столько убежище, сколько полигон для борьбы с алкоголем. В эпоху сухого закона он делал вино из одуванчиков и у него не хватало терпения дождаться, пока оно полностью перебродит, он напивался и жестоко болел. Он бесчисленное количество раз обещал своей мученице жене, что бросит, и даже писал свои клятвы на семейной Библии, но всегда рано или поздно нарушал их.

Однажды Луис нашла его без сознания в холле, из раны на голове лилась кровь. Позже, когда его проблемы с алкоголем усугубились и Билл начал страдать паранойей и суицидальными мыслями, Луис перетащила матрас в гостиную, расположенную на первом этаже, чтобы он мог спать там и не испытывал искушения выброситься из окна спальни. Как и Мэнн, Уилсон долго ходил от врача к врачу, но не нашел облегчения – один просто посоветовал ему собрать волю в кулак и отправил восвояси.

Состоятельный брат Луиса оплачивал его многочисленные госпитализации в клинике Чарльза Таунза – солидном частном учреждении, расположенном в районе Централ-Парк-Вест, где обеспеченные алкоголики проходили “детоксикацию” с помощью “слабительного и очищающей рвоты” в рамках разработанной самим Таунзом “программы лечения”. Как и многие авторы лечебных методик того времени, Таунз страдал односторонним, полностью завязанным на биологию подходом к зависимости.

Эти представления отчасти опирались на успехи других областей медицины. В 1910 году миру представили “Сальварсан”, “спасительный мышьяк”, первый современный антимикробный препарат, эффективно воздействующий на возбудителя сифилиса, и исследователи мечтали об открытии “антитоксического” препарата против зависимости.

Вдохновившись такими первопроходцами, как Эмиль фон Беринг, который в 1901 году получил Нобелевскую премию за изобретение способа массового производства противодифтерийной сыворотки из лошадиной крови, группа ученых из Сан-Франциско заявила, что им удалось открыть антитела к алкоголю. Они якобы выделили специальную сыворотку

из крови лошадей, которых поили большими дозами алкоголя, однако испытания на людях, разумеется, провалились. Это не помешало мошенникам с предпринимательской жилкой продвигать на рынке другие «сыворотки» от зависимости, представляющие собой случайную смесь жиров, белков и витаминов (которые, что неудивительно, порой приводили к летальному исходу). У популярных лечебных программ часто имелся один незаслуженно оставленный без внимания побочный эффект.

Лечение золотом, которое продавал Лесли Кили, было, разумеется, полной чепухой, однако оно собирало в его клиниках людей, которые не только получали инъекции, но и вступали в основанные по инициативе других пациентов сообщества, так называемые Лиги Кили, благодаря которым они могли оставаться на связи и поддерживать друг друга. Эти усилия по взаимопомощи были, вероятно, самым полезным и значимым инструментом во всей программе лечения: благодаря им на территории США сформировалось около 370 клубов и отделений. Разумеется, эти лиги сами по себе были средством рекламы, но на рубеже веков клиники Кили пропагандировали интерес к терапевтическому подходу и взаимопомощи в то время, когда в общественном мнении доминировали стигматизация и прогибиционизм.

Клинике Таунза недоставало элемента взаимопомощи, однако она предлагала таким пациентам, как Уилсон, другие методы, главным образом интенсивную психотерапию, центральным понятием которой была «свобода воли». Сам Таунз, которого именовали «тиганом воли», упражнялся с гантелями по два часа в день и учил пациентов своему методу подробного расписания («учета времени») и различным способам укрепления воли. Все это глубоко импонировало Уилсону, протестанту, уроженцу Новой Англии и либертарианцу, который всегда придавал большое значение личной выдержке. В одно из своих пребываний в клинике Таунза Уилсон пережил серьезный перелом в мышлении: тамошний врач Уильям Силкуорт убедил его, что он коренным образом отличается от остальных людей и никогда не сможет употреблять спиртное без опасности сорваться. Но, хотя Уилсон выписался, твердо решив оставаться трезвым, несмотря на 95%-ю успешность лечения, заявленную клиникой, он вскоре сорвался снова, как не раз бывало прежде.

Вопреки своей якобы укрепившейся воле он отправился в бар, наблюдая за собой как будто со стороны и в отчаянии повторяя: «Я не пойду, не пойду», но зная, что пойдет. Однажды в 1934 году Уилсона навещил старый школьный друг и собутыльник Эбби Тэчер. Он поделился потрясающей новостью: ему удалось завязать, и он стал членом Оксфордской группы – влиятельной в то время христианской евангелической организации. Тэчер часами расписывал Уилсону, как его спасла вера. Уилсону, который всегда скептически относился к религии, он показался «слегка чокнутым», но в то же время Уилсон уже достаточно отчаялся, чтобы попробовать и этот путь. Уилсон вел долгие разговоры с Тэчером и попытался

вступить в Оксфордскую группу, которая уделяла большое внимание духовным практикам, таким как дискуссии в малых группах и регулярные исповеди. Однако пить он так и не бросил и снова отправился в клинику Таунза на последнюю, как он надеялся, детоксикацию.

Оказавшись в клинике, Уилсон впал в глубокую депрессию. Все было бесполезно. Годы усилий пропали даром. Лечение Таунза не работало. Религия не спасла его. В своей палате, в полном отчаянии, он воззвал к Богу, в которого он даже толком не верил: “Господи, если ты есть, яви себя! Я готов сделать что угодно!” Внезапно, как позднее описывал Уилсон, комната наполнилась ярким белым светом, а сам он оказался на вершине горы. Сквозь него дул сильный ветер, и он услышал голос: “Ты свободный человек”. Уилсон не знал, как на это реагировать. Это был религиозный опыт или просто галлюцинация? Как ни крути, он был в самом разгаре алкогольной абстиненции и по уши накачан мощными психоактивными веществами, например белладонной (она же сонная одурь) и беленой.

На следующий день Эбби принес ему книгу Уильяма Джеймса “Многообразие религиозного опыта”, в которой описаны мистические эпизоды из духовных практик, относящихся к разным традициям, а также случаи пьяниц, исцелившихся благодаря религиозному прозрению. Уилсона, в частности, зацепила одна цитата: “Единственное радикальное средство от мании алкоголизма – это религиозная мания”. Поход Джеймса, на основе которого он впоследствии разработал собственную философскую школу прагматизма, заключался в том, чтобы судить о религии не по каким-то критериям метафизической истины, но исключительно по ее эффекту: “Мне представлялось чрезвычайно важным убедить вас в необходимости оценивать значение религиозных переживаний по их конечным результатам”.

Джеймс предлагал довольно широкое определение религии как веры “в существование невидимого порядка вещей и в то, что наше высшее благо состоит в гармоническом приспособлении к нему нашего существа”.

Позднее в книге «Анонимные Алкоголики» Уилсон с одобрением цитирует это прагматическое и гибкое определение религии и опирается на него, говоря об АА как о духовной программе в том смысле, что она строит на некоем ощущении божественного и трансцендентного, а не на приверженности какой-то конкретной догме или религиозной практике, и единственная функция этой «высшей силы» состоит в том, чтобы переключить на нее внимание с самого себя.

Уилсон вступил в Оксфордскую группу и еще несколько месяцев воздерживался от пьянства, но оказалось, что этой новой религиозной практики ему недостаточно.

Однажды во время деловой поездки в Акрон, Огайо, он ощутил непреодолимую жажду в пустом вестибюле отеля. Он начал паниковать, но потом ему пришло в голову, что если он заручится поддержкой другого алкоголика, то сумеет удержаться. Он воспользовался связями Оксфордской группы

и встретился с хирургом по имени Боб Смит (позднее с большой теплотой описанным как доктор Боб), и они моментально настроились на общую волну, проговорив за кофе целых пять часов.

Для Уилсона и доктора Боба суть алкоголизма сводилась к тому, что это было гибридное состояние, имевшее физический, психический и духовный аспект – то, что Уилсон позднее назвал “тройственной природой” алкоголизма. Вместе они разработали собственную 12-ступенчатую программу реабилитации алкоголиков, базирующуюся на трех важных идеях.

Первая заключалась в медицинском откровении, которое Уилсон получил в клинике Таунза: настоящий алкоголик никогда не сможет снова пить без опасности сорваться (позднее на основе этого была сформулирована первая из 12 ступеней: признание собственного бессилия перед алкоголем).

Вторая идея, которая несколько смягчала первую, заключалась в полностью меняющем перспективу духовном прозрении, что алкоголику требуется нечто противоположное силе воли: чтобы излечиться от алкоголизма, необходимо смириться и поверить в некую прагматическую духовную сущность, которая больше, чем ты сам (шаги два и три: поверить в Силу, более могущественную, чем мы, и перепоручить нашу волю и нашу жизнь этой Силе, или Богу, как бы мы его ни понимали).

И, наконец, третье: для того чтобы измениться, нужна постоянная работа, фундаментальная перестройка личности и служение другим.

Все это было позаимствовано у Оксфордской группы и составляло основу оставшихся девяти шагов.

Эти три идеи объясняют, почему алкоголь упоминается только на первом шаге. Отказ от алкоголя необходим, но недостаточен: чтобы оставаться здоровым, необходима программа полного преобразования личности – процесса, который впоследствии стал известен как *recovery* – «выздоровление».

Как не раз отмечали критики, АА создавались властью имущими для власти имущих – белыми работающими мужчинами среднего возраста протестантского вероисповедания. На раннем этапе женщинам в группах АА приходилось непросто. В то время существовало множество стереотипов о женщинах с алкогольной зависимостью: что они неразборчивы в половых связях, что они плохие матери, что женский алкоголизм тяжелее мужского и хуже поддается излечению. Доктор Боб был печально известен своим предубеждением против женщин с алкогольной зависимостью.

Да и в целом мужчины – участники АА старались скорее перенаправить таких женщин к своим женам, нежели как-то помочь им, поскольку опасались, что присутствие женщин на собраниях может оказаться чересчур соблазнительным. Распространенная в то время поговорка гласила что-то вроде «за юбкой пойдешь – в рецидив попадешь».

В 1945 году в журнале *Grapewine*, официальном печатном органе АА, появилась статья, в которой перечислялись многочисленные причины,

по которым большинство женщин не подходят для этих собраний: они слишком много говорят, они не любят друг друга, они требуют слишком много внимания, они чересчур обидчивы, они хотят везде командовать, а кроме того, некоторые из них приходят на собрание исключительно ради того, чтобы кого-нибудь там подцепить. Даже сегодня в группах АА мужчин почти в два раза больше, чем женщин. Многие женщины первоначально боролись против этих стереотипов, многие пытались создавать альтернативные группы. К примеру, в 1975 году социолог и феминистка Жан Киркпатрик основала группу «Женщины за трезвость» (Women for Sobriety), которая пропагандировала полный отказ от алкоголя и разработала «13 принципов принятия», куда входили расширение прав и возможностей женщин, настойчивость, компетентность, ответственность и позитивное мышление [241].

Член группы взаимопомощи С. о втором шаге: *«...Бессилие своё я признал окончательно и бесповоротно. В Анонимных Алкоголиках я узнал, что оказывается есть Сила, которая может вернуть мне здравомыслие. Оно нужно мне, чтобы обрести уверенную трезвость. Нужно многое изменить в своей жизни и пересмотреть. Сейчас для меня стало абсолютно ясно, что алкоголизм – это коварная, хитрая и беспощадная болезнь, которая поражает человека на уровне психики. Следовательно и лечить её нужно на духовном уровне, так как никакому другому лечению она не поддаётся. Для меня вдруг отчетливо стало видеться, что я на самом деле не совсем здоров психически, потому что поступки, которые совершаю, не может делать человек с нормальной психикой. Поэтому я пришёл к выводу, что только Бог и правильное осознание проблемы поможет мне справиться с этой коварнейшей болезнью.*

В вопросах с Богом мне и раньше казалось всё ясно – я прошу его, когда мне плохо, а если он не даёт, то это я нагрешил и не заслуживаю того, что прошу. Он у меня был карающий, наказывающий, с неким всевидящим оком. Я не мог любить такого Бога, соответственно и он меня тоже.

Не знаю как, но в АА моё представление о Боге тоже изменилось с точностью до наоборот. Он стал всем, что окружает меня – людьми, поступками, событиями, которые со мной происходят. Он уже не мог меня карать и наказывать, Он обо мне стал заботиться и любить. Да и как Он может наказывать своего больного ребёнка? Но раньше этот вопрос у меня не возникал. Своим своеволием я сам ставил себя на его место. А тут оказалось опять всё просто, стоило только разобраться. Раз моей силы не хватает, то нужно просить помощи у другой Силы. И помощь эта непременно приходит разными способами, через людей в основном. Мой Бог меня Любит, Заботится и Балует и всё это он делает двадцать четыре часа в сутки. Под его опекой спокойно и комфортно.

Никогда бы раньше не подумал, что свою ВС я найду среди обычных (таких же как я сам) алкоголиков...» [242].

Критерии выполненного 2-го шага:

Четкое представление о Высшей Силе, и эта Высшая Сила самому зависимому нравится.

Что же происходит с рефлексией 2-го шага по мере увеличения срока сохранения трезвости?

Член группы взаимопомощи Б. (срок трезвости – 31 год): *«Примерно годам к 5-ти трезвости, и эти мои наблюдения подтверждают другие старожилы, происходят уже качественные изменения. Как я говорю: в этот момент происходит процесс перехода от осознания присутствия Бога к ощущению этого присутствия.*

Мне часто приходится слышать фразу: я счастлив, что я алкоголик. Скажу прямо, что я не испытываю ни малейшего восторга от того, что я больной человек. Но. Именно благодаря этой болезни я узнал программу 12 шагов. За 17 лет я прошел, продрейфовал путь от воинствующего атеиста до глубоко верующего человека. Да-да. Я пришел к Богу. Я пришел к тому, что во всем мире не вижу врагов, раньше все были враги. Сегодня я, а не алкоголь, участвую в процессе собственной жизни, наполняя ее смыслом. Уверяю, легкой жизни не бывает. Но я счастливый человек – я знаю, зачем я живу. Без сомнения, пройди я через те страдания, которые мне принес алкоголизм, через все мучения и трудности выздоровления, я бы не имел сейчас в душе того, что имею. Это возможно, наверное, только на контрасте. Я люблю то, что я пережил, и то, что я чувствую. Я, пожалуй, не изменил бы ни одного дня своей жизни – ни самого горького, ни самого радостного. Я даже дерзну заявить, что алкоголики, трезвые алкоголики, – это Богом избранный народ. Почему? Один священник на открытом собрании много лет тому сказал: «Вы знаете, я иногда жалею, что я не алкоголик, потому что могу посещать ваши собрания только раз в месяц. Но когда я нахожусь среди вас в этой комнате, я ощущаю присутствие живого Бога. Вы единственные люди на земле, которым при жизни дано было пройти через ад и вернуться в нормальную жизнь» [232].

Шаг 3. Приняли решение препоручить свою волю и свою жизнь Богу, как мы Его понимаем.

Цели 3-го шага для аддикта:

- *Обрести опору в минуты эмоциональной неуравновешенности.*
- *Сформировать последний рубеж защиты от срыва.*

С точки зрения Программы «12 шагов», зависимый во всех сферах жизни должен руководствоваться принципом: «Я планирую жизнь, выполняю действия, а результат оставляю на волю Высшей Силы». В первую очередь, это начинает работать в отношении употребления алкоголя. Ранее, до применения принципов 12 шагов, цели алкогольного аддикта в поддержании трезвости выглядели следующим образом: «Во что бы то ни

стало, удержаться от употребления»; «Остановиться в употреблении после 3 рюмки»; «Оправдать употребление». В случае неудачи в достижении этих целей, наступают тяжелые переживания чувства вины, стыда, самоуничтожение. Чаще всего зависимый не в состоянии справиться с негативными эмоциями и принимает решение заглушить переживания следующей порцией алкоголя [243].

Приняв принципы Программы, аддикт не планирует трезвость во что бы то ни стало, так как принимает бессилие в этом вопросе, а планирует ряд действий по поддержанию трезвости: посещение собраний групп взаимопомощи, суточный план, общение с другими зависимыми, чтение литературы, самоанализ. А саму трезвость, препоручает Высшей Силе, просит ее об этом позаботиться.

Эд Вэбстер в книге «Табуреты и бутылки» аллегорично сравнивает больного алкоголизмом с табуретом: «...Безногий, то есть бесполезный, как нетрезвый алкоголик – о котором психиатры шутят, что он “твёрдо стоит обеими ногами на воздухе”... Подобно сиденью, мы – алкоголики – должны иметь ноги, чтобы поддержать нас. Наши жизни перепутаны, неуравновешены. Мы больше не должны обманывать себя. Мы не контролируем употребление алкоголя. Наши физические, умственные и духовные опоры не держат больше нас. Мы нуждаемся в новых – тех, которые предлагает АА в виде Шагов 1-2-3... каждый вновь прибывший в АА столь же неустойчив, как одноногий табурет, пока он не добавит себе другие опоры... Шаг Два представляет вторую опору нашего табурета выздоровления, который является все еще неполным, но будет стоять, если прислонить его к чему-нибудь более мощному и устойчивому, чем он сам...» [244].

«...Новички в АА, подобно табурету, нуждаются в кое-чем более надежном, чтобы опираться не на ложные обещания алкоголя. Подобно диабетiku, который должен использовать инсулин или умирать, мы обращаемся к “Силе более могущественной чем мы” для исправления нашего абсурдного пьяного поведения. Помните, как часто это напрямую граничило с пьяным безумием? Достигнув этого кризиса в наших жизнях, мы получим пользу от удовлетворения нашей потребности в помощи от “Высшей Силы”. Или это, или продолжить пить. Позволим ли мы тщеславию и самоизоляции испортить этот последний шанс жить здраво и трезво?...» [244].

«...Шаг Три добавляет последнюю опору нашему табурету восстановления, который теперь твёрдо стоит на трёх твёрдых ногах, способный приносить пользу.

Это ставит нас лицом к лицу с проблемой, которую мы долго избегали – духовного образа жизни. Неприемлемый для тех, кто не готовый к нему, но спасающий жизнь для остальных.

Третий Шаг необходим для выздоровления так же, как третья нога табурету. Мы нуждаемся в духовной поддержке для выздоровления.

Без неё мы имеем немного больше, чем тоскливое воздержание, часто не имеем даже этого...» [244].

Предлагаем Вашему вниманию фрагмент рассказа Андрея: «...Я очень рад, что жизнь преподнесла мне урок, из которого я сделал вывод, что никакие мои поступки ни сильные (как мне казалось), ни слабые (как тоже казалось) не могут повлиять на мир.

Во главе всего стоял мой эгоизм. Он мешал мне в жизни. Когда Высшая Сила в виде группы помогла мне оставаться трезвым я подумал, а почему не препоручить Богу и другие аспекты моей жизни. Может устав от постоянных экспериментов, я принял это решение легко.

Со временем понял, что принятие решения не может быть половинчатым, одно решение без действия ничего не значит.

Препоручение для меня есть поддержка, подсказка, направление моих действий.

Именно ПРЕПОРУЧЕНИЕ, а не ПЕРЕПОРУЧЕНИЕ дает возможность оставаться мне личностью и, уповая на Бога, не забывать о том, что и я что то могу.

Третий шаг для меня, порой единственный выход на пути к душевному равновесию...» [243].

Критерии выполненного 3-го шага:

Желание разобраться в себе; понять, что в структуре личности мешает оставаться трезвым.

В динамике выздоровления, в процессе сохранения трезвости, аддикт использует «механизм препоручения» во всех эмоционально сложных жизненных ситуациях, автоматически приходит «конструкт»: «Я сделал все, что мог, результат – за Высшей Силой. Ситуация разрешилась в пользу аддикта, отлично, спасибо. Закончилась неудачно, спасибо, значит будет что-то лучшее». Препоручая, адепт 12-шаговой программы избавляется от «застревания» в проблеме и мучительных руминаций [245–256].

Шаг 4. Глубоко и бесстрашно оценили себя и свою жизнь с нравственной точки зрения

Цели 4-го шага для аддикта:

- Понимание себя.
- Составить список положительных и отрицательных черт характера (свойств личности), с которыми предстоит работать в последующих шагах.

Программа «12 шагов» в 4-м шаге предполагает проведение самоанализа (инвентаризации) жизни по трем аспектам: 1) злорада, обиды, раздражение; 2) страхи; 3) отношения. Эти действия позволяют аддикту выявить триггерные ситуации для употребления алкоголя и выработать новую тактику поведения.

Рассказ Михаила о 4-м шаге: «... “Нравственная” – это значит, что я оцениваю себя по личному нравственному кодексу, а не по моральному кодексу строителя коммунизма, или по десяти христианским заповедям, или по какому-то еще моральному кодексу той или иной группы людей. Те, кто уже делал этот шаг, руководствуясь каким-либо моральным кодексом, могут повторить его так, как делали раньше, или по желанию попробовать повторить его по тому алгоритму, который я предложу.

“Инвентаризация” – это значит, что мы раскладываем качества, а не занимаемся самобичеванием или иным бесплодным морализаторством. Как я провожу инвентаризацию в домашнем холодильнике? Я кладу продукты в две кучи: в одну те продукты, которые я буду есть, во вторую те, которые я отнесу на помойку.

Как я провожу инвентаризацию своей личности? Я раскладываю свои душевные качества на 2 списка: в одном списке те качества, которые мне полезны, и я хочу ими пользоваться, во второй список те качества, которых лучше бы не было...

У нас появилось новое понятие “качества личности”.

Качества – это не привычки.

Мои качества даны мне от рождения. Я не могу избавиться от них усилием воли. Качества – это не дефекты и не достоинства: дефектами или достоинствами они становятся, когда я начинаю их применять для совершения поступков. Тогда трусливость (качество) может стать осторожным поступком, а может стать бегством; при многократном повторении эти поступки становятся привычками: осторожностью или трусостью.

Увы, не всегда хватает словарного запаса, чтобы назвать все качества, все поступки и все привычки... Я пошел по пути называния теми словами, которые понятны мне: для себя же делаю, а не для показухи. Когда трудно отличить качества от привычек, помогает незыблемость качеств. Неспособность давать молоко – это незыблемое качество козла, а не его свойство. Так же как и способность бодаться...

Как работают качества?

Понять это мне помогла наука физиология. Ну да не о науке речь. Перескажу своими словами (заранее извиняюсь за некоторую “нерусскость”): “Когда вокруг меня что-то происходит, мир влияет на меня, и я чувствую – воспринимаю органами чувств. Когда действует на один орган чувств, я могу чувствовать вкус или чувствовать боль. Сложные воздействия на органы чувств вызывают и более сложные чувства: чувство радости или печали, чувство голода или сытости...”

Чувства сигнализируют мне о возможности и необходимости каких-то действий. И мне приходится как бы вынимать из кармана то или иное качество. В зависимости от того, какое качество я выну, будут зависеть и мои поступки. Если в ответ на телефонный звонок в тот

момент, когда я напряженно работаю или занят интересным делом, я достану суетливость, я схвачу телефонную трубку, а если достану лень, то я продолжу свои дела, не подходя к телефону.

Когда событие уже произошло, я так или иначе оцениваю – так возникают «послевкусия». Продолжая пример с телефоном, если я поддался лени и не взял телефонную трубку, послевкусием может быть страх пропущенной важной информации, если я был занят маловажным делом, или же может быть удовлетворение от сделанного не отвлекаясь дела, если дело было действительно для меня важным”.

Теперь непростой вопрос, как же выявить в себе те качества, которые во мне имеются?

Мне вполне подошел метод, предложенной в 5-й главе книги «Анонимные Алкоголики». Я лишь немного его для себя уточнил и расшифровал. Подсказкой для меня стало столь много раз повторенное слово “страх”. В самом деле, когда пользуясь не лучшими своими качествами я совершаю не лучшие поступки, в итоге практически всегда послевкусие окрашено страхом. Собственно, во многом потому я и пил, потому что алкоголь сначала менял вкус жизни, а потом, если и не давал “вкусности”, то отлично растворял вкус страха.

Итак, я начал вспоминать свои самые ранние детские страхи и обиды. От них я шел к событиям, вызвавшим такие послевкусия, а от событий шел к качествам. От качеств я продолжал движение против хода времени и вспоминал чувства, владевшие мной, и события, вызвавшие эти чувства. Таким образом у меня получилась таблица в 5 колонок, которую я заполнял справа налево: в 5-ю колонку послевкусие, в 4-ю – поступок, в 3-ю – качество, во 2-ю – чувство, в 1-ю – событие.

И уже подойдя к воспоминаниям школьного возраста я стал замечать, что строки многократно повторяются по первой, третьей и пятой колонкам: повторяющиеся ситуации, я пользуюсь одним и тем же качеством и испытываю одинаковое послевкусие. Хаотично меняются лишь чувства и конкретные мои действия (поступки).

И еще я заметил, что качества и послевкусия для однотипных событий всегда бывают парными: в одних и тех же ситуациях я иногда пользовался разными качествами и получал разные послевкусия, но выбор всегда был из двух, не больше и не меньше...

И тогда я понял жесткую связь между моими качествами и вкусом жизни. Есть качества, своим послевкусием делающие мою жизнь вкусной, и есть отвратительные качества, работающие в этой ситуации как вареная луковица вместо мяса в пельменине.

Послевкусия послужили мне критерием моральности в моей инвентаризации качеств. И я стал выписывать из таблицы пары качеств, хранящиеся во мне чтобы сработать в той или иной ситуации.

Только список качеств, никаких выщипываний волос из лысины и посыпания пеплом. Расплата по прошлым долгам – не сегодня. Сегодня работа по составлению списка....» [257].

«... Вот несколько примеров:

Ситуация: *Мне 6 лет, я мечтаю о черепахе, и я мечтаю быть лидером двора. Вижу как весь двор кидается камнями в забредшую во двор черепаху.*

Чувства: Желание “выделиться” в толпе (кидать камнями лучше всех). Боязнь идти против толпы (забрать черепаху себе домой).

Качество: Трусливость.

Поступок: Беру большой камень и проламываю панцирь черепахи.

Послевкусие: Презрение к самому себе, я лидер, но я хуже их всех, страх наказания от родителей и хозяев черепахи.

Ситуация: *Мне 10 лет, гуляю с собакой, набрасывается чужая собака.*

Чувства: Страх что меня укусит.

Качество: Трусливость.

Поступок: Выставляю впереди себя мою собаку.

Послевкусие: Презрение к самому себе, страх, что в другой раз моя собака выставит вперед меня.

Ситуация: *Мне 7 лет, мой дед насмехается над моей подружкой по детсаду.*

Чувства: Чувство несправедливости..

Качество: Заботливость.

Поступок: Обзываю деда дураком.

Послевкусие: Доволен собой. Чувство собственной силы духа.

Ситуация: *Мне 45 лет, весна, пора “собачьих свадеб”, с собакой на поводке хочу зайти в магазин, возле магазина стоя бродячих псов.*

Чувства: Чувство несправедливости.

Качество: Заботливость.

Поступок: Иду напролом к магазину через стаю собак, пряча свою собаку у себя за спиной. Собаки минут 5 перебрехиваются, но как-то чувствуют, что я примериваюсь как пнуть ногой, и устав брехать убегают за дальние дома.

Послевкусие: Доволен собой. Чувство собственной силы духа» [257].

Инвентаризация по страхам. В концепции Программы «12 шагов. Анонимные Алкоголики» у аддиктов страх трезвой жизни преобладает над страхом смерти и вытекает из тотального недоверия внешним силам (людям, Вселенной, Случаю, Богу) и самоупования. Приводим фрагмент рефлексии по теме «Страх», члена группы взаимопомощи: «... Меня зовут Михаил, я алкоголик. Добрый вечер. По большому счету, все мои большие страхи были двух видов: страх того, что мне будет за то, что уже натворил, и страх, что еще чего-нибудь натворю. Почти все эти страхи были завязаны

на алкоголь или другие вещества, изменяющие сознание – когда трезвый, я довольно осторожен и предусмотрителен. Все эти страхи с трезвостью исчезли, старые затуманились, словно это было не со мной, а увидено в кино. Есть еще мелкие страхи: не потерять работу, достаточно заработать на привычный образ жизни и еще чуть-чуть, не заболеть, не стать инвалидом, не разбиться на машине. Я не называю эти состояния страхами, скорее это тревоги или беспокойства. Я стараюсь сегодня проводить день так, чтобы и завтра мне не о чем было беспокоиться – в той мере, в которой это от меня зависит...» [257].

Пример инвентаризации по отношениям, В.: «...Подшло время заканчивать мой четвертый шаг. У меня оставались неразобранными отношения. Наставница дала мне задание написать список всех мужчин, с которыми у меня были отношения. Не обязательно сексуальные, может и дружеские, может партнерские. Я приготовила тетрадку (потолще), И ходила вокруг нее недели две. “Боже, я такая развратная, дай мне сил написать об этом” – думала я. Я хваталась за все, что только можно сделать еще, лишь бы не брать в руки эту тетрадку. Я посмотрела на себя со стороны. Испуганная тетка, которая суется, ходит вокруг и около, ищет другие дела, а сама косит глазом на ту тетрадку. Я просто спросила эту тетку, а чего ты боишься? Выяснилось, что она опять боится стать не святой. Во как, и тут облом.

По сути боялся мой ребенок, боялся наказания от матери. Мать же косилась на его, еще незаполненный дневничок, потирая руки. СТРАХ – вот он где зарылся. Мне стало теперь легко обнаружить, кто мной руководит и что мешает мне сделать шаг. Опять страх перед наказанием, опять равнение на хороших. Опять внутренний бунт. Когда я просекла это, я просто взяла ручку и стала писать. Хватит. Хватит им подчиняться. Я писала список несколько дней. Я была очень удивлена, в том что он оказался коротким. Не сотня, не три – как мне казалось раньше. Всего то пару десятков, да и то некоторые вспоминались с трудом. Да и не во всех отношениях был секс.

Глядя на этот список я испугалась. Я же красивая баба, за мной ходили табуны. Я умна, привлекательна, разговорчива. Я не боюсь людей, я лидер. И так мало людей в моем списке, с которыми я близко общалась? Я делала 5-й шаг на той же даче, и у нас было много времени с наставницей, чтобы понять, по какой схеме я строила отношения.. Вот просто глядя на этот список, виделась эта схема, и только один человек выбивался из нее. О нем мне тогда было больнее всего вспоминать.

Первым в списке стоял тот мой “жених”, с которым меня сватала мать.

О нем расскажу подробнее. Нам было по 15–17 лет, когда наши мамы (они были подружками, решили нас сосватать). И с ним я познакомилась в 14 лет.

Я до мельчайших подробностей помню этот день, даже в чем я была одета. Тогда моя мать попросила меня сходить с ней в гости к ее подруге. Я, всю свою жизнь бунтовавшая против матери, странным образом согласилась. Я вообще не могу вспомнить ни одного случая, когда она меня брала с собой куда-то в гости. Может и звала, но видимо я не соглашалась. А тогда был прекрасный июньский вечер, я сдала в школе последний экзамен на “отлично”, и готовилась поступать. Я очень хотела поступить в медицинское училище, а моя мать требовала, чтобы я шла учиться на повара (чтобы всегда быть при еде и деньгах). Наверное, именно эти наши разногласия и толкнули меня на примирение с ней. Я тогда понимала, что, если я ее не смогу переубедить – быть мне по жизни не хирургом (а я мечтала учиться и дальше), а человеком с половником в руке и статъей за кражу мяса над головой. И я тогда уже понимала, что бунтом делу не поможешь. Мне еще не было 16-ти, и сбежать я не могла. Все документы были у нее на руках, выкрасть я их тоже не могла. И она меня тогда предупредила – сдаст меня в колонию для малолеток, если поступлю по своему (связи у нее были, и я понимала, что угроза реальная). Будь проклят этот день, когда я решила ей подчиняться в мелочах, чтобы успокоить ее бдительность и выторговать у нее свою дальнейшую карьеру. Это был день, когда я пошла с ней в гости к ее подруге. У ее подруги был сын-оболтус, которого она тогда тоже хотела пристроить в хорошие руки.

Как потом выяснилось, они заранее договорились с ней, что они нас пожениат.

В тот день она сломала меня. Своим хорошим отношением, странными разговорами. Она хвалила меня! Она рассказывала своей подруге обо мне только хорошее. И я повелась. Мне этого так не хватало – слышать о себе хорошее. Я познакомилась с сыном ее подруги и мы стали с ним вроде как дружить? Мы с матерью каждый день ходили к ним в гости. Пили чай, потом мы с этим парнем назовем его (С.) либо слушали музыку, либо к нему приходили его друзья и мы болтали с ними. Моя мать тогда стала каждую неделю ездить в Белоруссию. Там на хуторе жил очень сильный колдун. Мне она говорила, что ездит снимать порчу с меня (я в эти бредни не верила), но мне было все всё равно, она наконец-то от меня отстала. Перестала орать, бить, связывать. Я первый год ходила без синяков. Пусть снимает порчу хоть каждый день, только даст мне распоряжаться своей жизнью, как я того хочу.

Я готовилась поступать, вечером ходила в гости к ее подруге и С. Когда мать приезжала из Белоруссии, она привозила всем подарки, а мне и С. давала пить “святую воду от колдуна”.

Пишу сейчас и вижу – насколько больна она была тогда...

Когда приезжала моя мать, в поездку отправлялась ее подруга, мать С. Она ездила в Молдавию, тоже к какой-то бабке, тоже якобы

сняла порчу, а мы с матерью в это время приходили к ним домой, присматривать за С.

Короче идиллия. Все под присмотром, никто не ругается, не дерется. На кухне, когда мы собирались вместе, наши родители договаривались о том, кто купит машину, кто дачу после нашей женитьбы. А сами капали нам в чай “святую воду от бабки и дедки”. При нас, в открытую! Жесть!!! Я воспринимала это как игру, но когда наступил день сдачи документов на дальнейшее обучение, моя мать взяв меня за руку отвезла в кулинарный техникум, вместо медицинского училища. В этот день дома был скандал.. Я орала, что она меня обманула, что она приглушила мою бдительность. Это сейчас я понимаю, что я дала сама себя обмануть. Но тогда: “Ты мне не родная кровь, мне Долман сказал”. Долман это было имя колдуна. Я хотела убежать из дома, но она меня схватила за волосы (а она была спортсменкой по тяжелой атлетике), рубанула рукой под дых, и через минуту я лежала на полу кухни, связанная телефонным проводом. Бабушка сидела, забившись в угол, и на мои просьбы меня развязать отвечала, что она боится, мать лютует. Мать тогда вызвала бригаду врачей-психиатров для меня, и позвала на помощь свою подругу – мать С. Психиатры приехали быстро, меня развязали, и хотели было забрать с собой мать. Но подросла ее подруга. В тот вечер я рыдала на плече материной подруги, своей будущей “свекрови”, и она мне сказала, что в середине года можно будет попробовать перевестись. Я ей поверила. Опять дома начались скандалы, и каждый раз меня выцепляли из драк с матерью ее подруга и сын. Они стали на какое-то время моей защитой. А я сломалась. Я не понимала, что происходит, но мой здравый смысл куда-то ушел. Я раньше могла ей противостоять сама, а сейчас уже как будто силы отняли. В общем, я нашла себе убежище у матерной подруги и ее сына С. Была там у нас с ним любовь или не была – сейчас никто не разберет. Я думала, что я его любила. Наши родители продолжали ездить к колдунам, но теперь и они начали ссориться. И когда они ссорились, они пытались поссорить нас, в ход шли сплетни, интриги, колдуны. Мы с С. то дружили, то не дружили. Потом, когда его провожали в армию, он насильно мной овладел. Потом перестал писать, потом, когда он пришел, я опять вернулась к нему, а в день моего 18-летия он просто выгнал меня из своего дома. На этом наши с ним отношения закончились. Что же получалось?

Я искала защиты от матери, и нашла сильную защиту (как мне тогда казалось). В благодарность я влюбилась (или мне тоже казалось), и я вступила в отношения. Потом, когда я стала совершеннолетней (а значит сильной в своих правах), наши отношения закончились. Все отношения с другими мужчинами были выстроены по этой схеме, в том числе и с мужем...

Я искала сильного мужчину (по своим каким-то критериям я вывела формулу этой силы), – я позволяла ему что-то для себя сделать, – после

чего давала доступ к себе в благодарность. Часть этих отношений не носили сексуального характера. Но я начинала мериться силой с этим человеком. Если он оказывался слабее меня – отношения прекращались. Если он оказывался сильнее моих заскоков, мудрее и выдержанней – наши отношения имели и имеют место и по сей день (у меня много друзей мужчин). Все эти отношения носили характер свободных. Никто никому ничего не должен. Если мы спали ночью вместе, то днем мы просто вместе работали (к примеру).

Один случай выбивался из этой картины. Когда я реально влюбилась в человека. Начало было по той же схеме. А вот конец. Когда я поняла, что я влипла, и он тоже меня полюбил, я сошла с ума. Я испугалась. Я все рассказала мужу. Я начала прятаться от него, при этом сбегала из дома, прогуливала работу. Я пряталась у моего водителя (с которым у меня тоже были отношения), я и ему рассказала все. Меня искали с работы, искал муж и тот человек, искали вместе. Искали ребята с его работы – он тоже прогуливал в поисках меня. А я сидела под носом, пила, выла, резала себе вены, напивалась, чуть не утопла по пьяни в ванной, мой водитель спас меня вломившись. Я звонила этому любимому мужчине и говорила гадости, он пытался просечь меня через систему поиска сотовых телефонов (тогда она уже существовала). Я приехала к его другу и переспала с ним. И попросила этого человека рассказать, что я приезжала. Я тянулась к нему, и я била себя бритвой по рукам. Не верь, Не бойся, Не люби, Не верь, Не бойся, Не люби, Не верь, Не бойся, Не люби. Я впечатывала себе это в тело. На моей руке до сих пор это написано “Не смей любить”.

Мы разошлись. Это была бешенная любовь. Настоящая. Первая и последняя в моей жизни. “И в твоих отношениях сидит твоя мать. Она до сих пор рулит ими,” – сказала моя наставница.

“Я не понимаю, кого мне вносить в 8-й шаг? Ну кроме того, кого любила?” – спросила я.

“Только первого, и только за то, что ты подчинилась своей матери. Только этим ты ему нанесла ущерб, больше ни чем.

Я и тому которого любила нанесла ущерб страхом перед матерью. Она же тогда проявила свою любовь ко мне, чтобы настоять на своем – загнать меня в техникум, и сбавить в семью подруги.

Только 2 человека, которые пострадали от моих действий. А я думала будут десятки. А я думала, что я развратная. А я оказалось, вообще жила не по своей воле. Я не жила, я выживала. И когда я почувствовала запах жизни и любви, я сбежала в свой мрак сломя голову. Я почувствовала себя как будто без кожи. Я вообще ничего не понимаю в отношениях, и я боюсь их. Я боюсь тех отношений, где есть любовь, где надо близко подпустить к себе человека, где надо довериться. Где надо отвечать за свои поступки. Где надо любить.

Вылез мой страх. Страх, который родом из того времени, когда я лежала связанной на кухне и думала: “Меня сейчас увезут психиатры. И пусть. Пусть из меня сделают полную дуру. Чтобы я не могла думать и вообще соображать. Чтобы я постоянно смеялась. Чтобы не понимать, что происходит вокруг. Чтобы не чувствовать этой боли в сердце. Чтобы вообще ничего не чувствовать, чтобы не любить”.

Вот она установка, на которой я и строила свои отношения. Страх, обида, беспомощность, и опять страх...» [257].

Критерии выполненного 4-го шага: осознание, что много лет раз за разом использовались не лучшие схемы поведения, в ожидании другого лучшего результата.

Большинство приверженцев 12-шаговой программы по мере поддержания трезвости возвращаются к инвентаризации. В книге «Его зовут Борис» об одном из «динозавров трезвости» по этому поводу говорится следующее: «...Где-то на рубеже 7–8 лет трезвости (или таки «сухости»?) Борис почувствовал некий застой. Поначалу ему было интересно ездить на конференции в другие города, а то и страны, присутствовать на собраниях, чувствовать себя значимым, отвечая по ночам на телефонные звонки алкоголиков, которые просили помощи, и т.д. Все это было интересно и занимательно. До определенного момента. И однажды вдруг стало скучным и неинтересным. Наступило некое пресыщение – сообществом, программой. Борису стало плохо. Он приходил на собрания АА, слушал товарищей и испытывал раздражение: этот сопли жует, не поймешь, что хочет сказать; а этот про Бога вздумал говорить, про Которого сам ничего не понимает...

Здесь мы начнем новый абзац с красной строки, затем чтобы выделить один важный момент. Бог даровал Борису дар, талант говорить. Говорить о своем пережитом и выстраданном так доходчиво и понятно, что слушающий его человек чувствует некий душевный резонанс. Поэтому очень быстро Борис стал весьма популярен в среде анонимных алкоголиков. Он стал известен не только у себя на родине, но и далеко за ее пределами. Постепенно у нашего трезвого алкоголика развилась звездная болезнь, которая чуть не сыграла с ним злую шутку. В один прекрасный день у него возникла крамольная мысль: “Боря, ты так умеешь помочь другим, столько людей говорят тебе слова благодарности и признательности за помощь им, что, пожалуй, если вдруг что случится, так ты и сам себе сможешь помочь”. В этом месте – пауза для осознания. Это ж какие ухищрения (если не сказать – извращения) алкогольного ума! Что значит – “Если вдруг что случится?” Что случится? Отбросив вуаль лукавства, мысль была предельно ясна: “Если ты выпьешь, то сам себе сможешь помочь так же, как и другим”. И тут Бог послал Борису ужас. Он испугался этой мысли. Настолько, что стал как новичок, которому настоятельно рекомендуют в течение 90 дней посетить 90 собраний, три месяца ходить практически ежедневно на собрания. Единственная тема, ко-

торую он выдвигал: “Я алкоголик”. То есть “ребята, помогите мне почувствовать себя таким же, как вы, равным вам”.

Бог пронес тогда Борю на руках. Вслед за ужасом он послал “звездному” алкоголику его прежние записи по 4-му шагу. В поисках нужного документа для налоговой инспекции тот наткнулся на эти записки. Как он смеялся! Шедевральный Михал Михалыч Жванецкий так не веселил нашего героя, как его собственный 4-й шаг в письменном виде. А ведь он был абсолютно уверен в том, что сделал этот шаг, причем еще до того как стал трезвым. Ознакомившись с этими вовремя обнаруженными писаниями, Борис понял причину своего внутреннего состояния в последнее время, понял, почему остановился, будто уперся куда-то, откуда это ощущение тупика. Программа – процесс, это как жизнь: если сердце остановилось на какое-то время, значит, жизнь кончилась. Тупик заключался в невыполненном, не сделанном по-настоящему 4-м шаге. В тех записях было много чего, даже искренность была, но там не было главного – того, без чего программа невыполнима в принципе. Там не было честности перед самим собой. Оказалось, этот шаг был “пройден” Борисом как сощобязательство, чтобы отчитаться перед начальством, для галочки. Он писал его для кого-то: вот, мол, кто-то прочитает, и что он по этому поводу скажет, что, вообще, обо мне скажут и что обо мне подумают. На тот момент, когда Боря делал 4-й шаг, ему был не важен результат какого-нибудь его действия, или какого-нибудь его бездействия, ему было важно – что об этом скажут. И только.

Борис принялся за 4-й шаг заново. Надо сказать, что и в этот раз он выделил ключевое для себя слово в формулировке шага. В одной из редакций она звучит как “глубоко и бесстрастно оценили себя и свою жизнь с нравственной точки зрения”. Борис зацепился за это слово. Именно бесстрастно, а не бесстрашно начал он выполнение этого шага. То есть не просто без страха, а без эмоций, как бы со стороны нарисовать автопортрет. И ни в коем случае не заниматься самоедством, не заниматься самоуничижением: какая я сволочь и что я натворил в своей жизни и скольким людям я жизнь испоганил, – ни в коем случае, это путь в тупик. То есть платформа выполнения 4-го шага, по твердому убеждению Бориса, должна быть следующей: это не хорошо и не плохо, это – так. Как погода. Она не бывает плохой или хорошей, она просто такая, какая есть. А потом уже в 5-м, 6-м шагах разбираться: хорошо это или плохо, и что с этим делать, и мешает ли это жить...» [232].

Шаг 5. Признали перед Богом, собой и каким-либо другим человеком истинную природу наших заблуждений.

Цели 5-го шага для аддикта:

- Понимание себя.
- Поиск истинных причин, сформировавших недостатки характера, выявленные в 5-м шаге.

В ходе выполнения Программы, а именно в 4-м шаге, выявляется ряд недостатков и дефектов характера, которые проявляются с «завидным постоянством», доставляя раз за разом неприятности. Пятый шаг позволяет аддикту в первый раз задуматься над тем, почему же до сих пор не сделаны выводы? Что мешает признать ошибки? В чем страхи?

Надо отметить, что зависимому чрезвычайно сложно признать ошибки, недостатки и дефекты характера перед священником, психологом, врачом, так как такие лица автоматически размещаются в когорту значимых. Таким образом усугубляется чувство вины, стыд. Гораздо легче признать изъяны в группе взаимопомощи или перед наставником из числа зависимых, который делится обнаруженными у себя недостатками, укрепляя идентификацию, одобряя и поддерживая. С помощью группы или наставника аддикт обнаруживает в структуре своей личности эгоцентризм, являющийся «корнем всех проблем и недостатков», а присутствующие дополнительно свидетельствуют, что он не одинок в такой проблеме и Программа «12 шагов» позволяет эффективно с ней справиться.

Как правило, среди аддиктов наблюдается неадекватно заниженный уровень самооценки и полное обесценивание своих достоинств. Поэтому, целесообразно при проведении «инвентаризации» выявлять и признавать достоинства и лучшие качества.

Рассказ члена группы взаимопомощи, Р.: *«...Что там я накопила? Я выкопала все, что раньше руководило мною. И поставила вопросы, нужны ли мне те качества, с которыми я шла по жизни.*

1. *Кумиризм – он мне нужен? Нет, но авторитетов (грамотных специалистов) в своей жизни я допускаю. Значит надо научиться не кумирить достойных людей, а учиться у них, набираться опыта.*

2. *Гордыня (эгоцентризм) – она мне нужна? Нет, но вот чувство собственного достоинства мне не помешает. Достоинство оно в том, что оно не для кого-то, не на показ, это внутренние моральные принципы. Значит надо развивать в себе это чувство.*

3. *Гиперконтроль мне нужен? Нет, но и обратная его сторона – полный пофигизм мне тоже не нужен. Значит надо найти “золотую середину”. Что такое “золотая середина”, и зачем она мне нужна? Это в первую очередь контроль над своим здоровьем, разумный. Это контроль за своим психическим состоянием, это ответственность за моих животных, да и за свои действия. Обзовем это “разумная ответственность”.*

4. *Гиперопека мне нужна? Нет, но и в помощи ближнему я отказывать не хочу. Значит нужно оставить за собой право оказывать помощь в критических ситуациях, и тем, кто просит помощи.*

5. *Вина мне чем поможет? Ничем. Но и не чувствовать того, что я поступила где-то плохо – тоже не есть ГУД. Значит мне нужно выстроить свои моральные нормы. Понимать, чем я могу навредить.*

6. Иллюзии мне нужны? Нет, они занимают место разумного восприятия действительности. Объективное восприятие – вот что мне нужно.

7. Страхи мне чем могут помочь? Ничем, но мне может помочь хорошо работающий инстинкт самосохранения. Вот его и нужно развивать.

8. Обида решит мои проблемы? Нет, но понимание что от некоторых людей мне нужно держаться подальше – это разумно. Значит надо для себя обозначить разумные границы.

9. Наказание самой себя мне поможет? Нет, станет только хуже. Тут поможет разбор ситуации. Значит мы не наказываем, мы разбираемся.

10. Своеволие мой помощник? Нет, это мое упрямство. Оно мешает мне выслушать другого человека, и мешает мне быть объективной. Не все должно быть по-моему. Нужно научиться принимать чужой опыт и действовать с его учетом.

11. Ярость мне однозначно мешает, я теряю контроль под ее напором. Праведный гнев иногда полезен, но в дозированных количествах. Я же не ангел, я могу разозлиться.

12. Манипуляции однозначно мне мешают, игра еще никого до хорошего не доводила. Быть самим собой гораздо сложнее, но и гораздо эффективнее. Надо научиться принимать себя такой какая я есть, и не требовать от людей, чтобы они меня любили. Я не доллар, чтобы всем нравиться.

13. Вранье может окончательно меня запутать, это игра в одни ворота, в мои. Честность всегда выигрывала.

14. Ненависть – это, в первую очередь, непризнание. Она может мне помочь? Нет, ненавидя я отнимаю место у любви. Это чувства взаимозаменяемые. Оказывается все не так страшно, я могу и хочу изменить свою жизнь...» [258; 259].

Критерии выполненного 5-го шага: желание в конце концов изменить свою жизнь: признать недостатки и достоинства; использовать достоинства вместо недостатков.

Принимая во внимание тот факт, что Программа «12 Шагов» зародилась в лоне протестантской церкви, 5-й шаг ее можно считать аналогом генеральной исповеди. В динамике поддержания трезвости, участники Программы также как возвращаются к инвентаризации, также возвращаются и к признанию недостатков, будь то перед членом группы взаимопомощи, или духовным наставником, или случайным попутчиком, или психологом. Часто, в рамках принятого в сообществе Анонимных Алкоголиков наставничества, наставник рассказывает о недостатках, выявленных в инвентаризациях 4-го шага своему подопечному, тем самым поддерживая новичка в Программе.

Шаг 6. Полностью подготовили себя к тому, чтобы Бог избавил нас от всех наших недостатков.

Цели 6-го шага для аддикта:

- *Желание исправить все свои недостатки.*
- *Составление списка действий по 7-му шагу.*

Книга «Анонимные алкоголики» про 6-й шаг: «...Вернувшись домой, нужно найти место, где можно тихо поразмыслить в уединении над тем, что мы совершили. От глубины души мы благодарим Бога за то, что лучше узнали Его. Взяв с полки книгу, мы открываем страницу, на которой перечислены Двенадцать шагов исцеления. Перечитав первые пять шагов, мы спрашиваем себя, не упущено ли нами что-нибудь. Мы ведь строим арку, через которую выйдем в жизнь свободными людьми. Прочно ли мы строим? Все ли кирпичи лежат на своем месте? Не сэкономили ли мы на цементе, который пошел в фундамент? Не пытались ли мы сделать строительный раствор без песка?

Если ответы на эти вопросы удовлетворяют нас, то мы можем перейти к Шестому шагу. Мы везде подчеркивали, что без желания нам не выздороветь. Готовы ли мы к тому, чтобы Бог освободил нас от всего, что мы считаем нежелательным для себя? Может ли Он освободить нас от всего этого? Если мы все еще не хотим освободиться от всего плохого в нас, то просим Бога помочь нам обрести это желание...» [209].

Таким образом, с помощью 6-го шага описывается лучшая коппинг-стратегия для аддикта на всю оставшуюся жизнь, обеспечивающая невозвращение к употреблению.

Рассказ Евгения о 6-м шаге: *«Итак, в 6-м шаге я делаю домашние заготовки по всем моим отрицательным свойствам характера. Например, по суетливости я сделал такую заготовку: я суетлив в движениях, и если кто-то рядом со мной двигается медленно, постоянно оказываясь то у меня на проходе, то своими словами мешает мне говорить, то еще как-то меня раздражает – я знаю из 4-го шага, что противоположностью суетливости у меня является лень.*

Когда я собираюсь выйти на улицу, где конечно же будет много медлительных пешеходов, я делаю домашнюю заготовку: найти того, кто идет со мной в нужном мне направлении, и НЕ ТОЛКАТЬСЯ, а встать за ним и идти за ним. Конечно же, мне нужно будет выйти из дома минут на 5 раньше обычного, чтобы позволить себе лениться во время ходьбы по улице, чтобы не бежать, опаздывая, лавируя между медлительными пешеходами...» [260].

Критерии выполненного 6-го шага: *желание и готовность исправить недостатки.*

В динамике выздоровления, с увеличением срока поддержания трезвости, алкогольный аддикт начинает замечать ряд новых недостатков и изъянов характера, как правило, это качества присущие личности

с неадекватно заниженной самооценкой и зависимой от мнения других людей. Самоанализ аддикта выявляет, чаще всего, черты взрослого ребенка алкоголика или человека с другой семейной дисфункцией: замкнутость в себе, страх людей и авторитетных лиц; поиск одобрения, при этом утрата способности быть собой; страх разгневанных людей и любых критических замечаний в их адрес; чтобы удовлетворить болезненную потребность в покинутости, они стали социально поощряемыми зависимыми (трудоголиками, например); проживание жизни с позиции жертвы – и эта слабость влечет в любовные и дружеские связи; чрезмерно развитое чувство ответственности, им проще заботиться о других, чем о себе; это позволяет не замечать собственные недостатки; чувство вины при защите своих границ; зависимость от эмоционального возбуждения; склонность путать любовь с жалостью и склонность «любить» людей, которых можно «жалеть» и «спасать»; алекситимия; осуждение себя, не развито чувство собственного достоинства; страх быть брошенными.

Шаг 7. Смиренно просили Его исправить наши изъязны

Цели 7-го шага для аддикта:

- *Умение целенаправленно ждать и умение пользоваться моментом.*
- *Появление первых реальных улучшений в жизни.*

При качественно сделанных 4–5-х шагах, у зависимого должно появиться желание исправить все дефекты характера и понимание, что Высшая Сила, присутствующая в Программе, может играть лишь роль опоры, работу по устранению недостатков аддикту придется выполнять самостоятельно. Важно, чтобы не занимать большую часть психики и времени контролем, принять, что избавляться от дефектов предстоит не в том порядке, в котором хотел бы сам зависимый, а в том, в котором Высшая Сила распорядится, т.е. случай представится. Необходимо лишь подготовиться и не упустить момент, чтобы начать изменяться, применять «заготовки» 6 шага.

Рассказ М. о 7-м шаге: *«...7-й шаг начинается тогда, когда я попадаю в ситуацию, под которую у меня уже есть домашняя заготовка 6-го шага, и я с удовольствием начинаю ей пользоваться.*

Я не знаю, можно ли сначала неделю, заперевшись в комнате, составить огромный список домашних заготовок, а затем неделю носиться по городу, ловя моменты под все свои заготовки.

Мне представляется более простым и естественным делать 6-й шаг рутинно при составлении планов на ближайший день, или на ближайший час, или на встречу гостей, или на поход в гости, или еще на какие-то кратковременные события. И затем ловить момент для выполнения еще одного кусочка 7-го шага, еще одну возможность воспользоваться домашней заготовкой, испытывая каждый раз все большую легкость и уверенность в себе...» [260].

Критерий выполненного 7-го шага: *новые стереотипы поведения все чаще и чаще срабатывают сами по себе, прошлые «домашние заготовки» становятся привычками.*

В динамике выздоровления поддерживающий трезвость много лет адепт 12-шаговой программы может столкнуться с «духовной и интеллектуальной гордыней». Запрос в группе взаимопомощи может быть следующим: «потерян смысл жизни», «жизнь не устраивает». Подобный запрос может быть направлен к психологу, курирующему группу. Кроме того, клинически предъявляются жалобы, характерные для развития астенического синдрома. Возвращаясь к 6–7-му шагу, такой аддикт приходит к пониманию того, что единственный человек, осуждающий себя и других, — он сам. Недостатки, присущи всем людям и человеческая жизнь, — череда ошибок и уроков, но всегда существует возможность духовно расти и меняться, опираясь на свои достоинства.

Шаг 8. Составили список всех тех людей, кому мы причинили зло, и преисполнились желанием загладить свою вину перед ними

Цели 8-го шага для аддикта:

- *Обретение готовности сделать все возможное для того, чтобы бесстрашно общаться с окружающими.*

В 12-шаговой программе 8–9-е шаги являются началом выхода из изоляции, это первые шаги к жизни без страха. Предполагается составление списка людей и организаций, которым был нанесен физический, моральный и материальный ущерб и, соответственно, план его возмещения.

Рассказ А. по 8-му шагу: *«...Я в списке 8-го шага стояла на первом месте. Очень многого я лишила себя, часто наносила себе и моральный и физический вред. Да и материальный, но как-то меньше. Я начала возмещать себе ущерб с того, что разрешила покупать себе игрушки, сладкое (то что я запрещала себе с детства). Я отнесла свою тушку к врачам, и стала ее лечить. Я позволила себе сорвать маску сильной женщины и обратиться за помощью. Я с помощью моей наставницы приняла наследство. С помощью мужа оплатила долги коммунальщиков (тут и 8–9 шаги по отношению к другим людям и системе). Сама оформила дачу, которая висела на волоске (доверенность закончилась). Я наконец-то научилась использовать помощь государства, пошла и получила инвалидность, стала оформлять скидки. Я разрешила себе все то, что раньше мне не позволяла делать гордыня. Я и по сей день возмещаю ущерб и себе и людям (структурам). Я планирую заранее, как и где я могу возместить ущерб. Например, мужу я с пенсии отдала уворованные от него деньги. И искренне попросила у него извинения за то, что натворила во время своих попоек. Я встречалась с прошлым начальником, и просила извинений у него. Он очень порадовался за меня, и он сейчас у меня в друзьях. Я возмещаю свой ущерб Богу. Я собираю всю мелочь и держу ее в карманах. Подаю нищим.*

Я знаю, что многим я не смогу возместить ущерб. Их или нет, или им это может навредить. Но при первой возможности я готова ответить за все, что натворила, когда пила. Список у меня не очень большой, и больше половины уже помечено красными крестиками...» [261].

Критерий выполненного 8-го шага: готовность возмещать нанесенный ущерб.

Шаг 9. Лично возмещали причиненный этим людям ущерб, где только возможно, кроме тех случаев, когда это могло повредить им или кому-либо другому

Цели 9-го шага для аддикта: избавление от страха, выход из изоляции, повышение самооценки.

Начиная общаться с людьми, возмещать ущерб, многие адепты 12-шаговой программы отмечают, что многие страхи были надуманными, а обретенная свобода вдохновляет. Вот, что об этом написано в книге «Анонимные Алкоголики»: «...Если эта фаза нашего развития болезненна для нас, мы будем удивлены, когда половина пути окажется позади. Мы познаем новую свободу и новое счастье. Мы не будем сожалеть о нашем прошлом и вместе с тем не захотим полностью забывать о нем. Мы узнаем, что такое чистота, ясность, покой. Как бы низко мы ни пали в прошлом, мы поймем, что наш опыт может быть полезен другим. Исчезнут ощущения ненужности и жалости к себе. Мы потеряем интерес к вещам, которые подогревают наше самолюбие, и в нас усилится интерес к другим людям. Мы освободимся от эгоизма. Изменится наше мировоззрение, исчезнут страх перед людьми и неуверенность в экономическом благополучии. Мы интуитивно будем знать, как вести себя в ситуациях, которые раньше нас озадачивали. Мы поймем, что Бог делает для нас то, что мы не смогли сами сделать для себя.

Не слишком ли это звучит многообещающе? Нет. Все это произошло со многими из нас, с одними раньше, с другими позже. Все это становится явью, если приложить усилия...» [6].

Рассказ В. по 9-му шагу: «...В моем списке 8-го шага: мой покойный сын; моя покойная бабушка; мои родители; две моих тети и члены их семей; двое мужей, и еще несколько мужчин в моей жизни; мои коллеги; мои подруги и друзья; врачи, гадалка и «народный целитель». Я испытываю искреннее раскаяние в отношении всех этих людей, молюсь о них и прошу перед Богом у них прощения. Прошу своими словами и своей душой. Я не вижу для себя 9-й шаг просто в словах: «Прости меня, я была виновата перед тобой в том-то...». Для меня это было бы слишком просто... Я считаю, что заглаживать свою вину нужно не только словами, а и действиями. 9-й шаг своему умершему ребенку я вижу в возможности дарить тепло и заботу своему крестнику, детям своих друзей... может быть, Бог пошлет мне еще какую-нибудь ситуацию, я внутренне готовлюсь к ней. 9-й шаг бабушке – в заботе о ее могиле на кладбище, в возможности помочь какому-нибудь

старому и одинокому человеку... 9-й шаг родителям – вся моя жизнь, возможность поддержать их, помочь, заботиться...Пока я в этом не слишком преуспела. Но я буду стараться... как могу. Я их очень люблю. Многим людям 9-й шаг уже сделан, результатом его стали хорошие, гармоничные отношения сегодня. А по всему остальному списку – у меня есть полная внутренняя готовность, жду подходящих ситуаций, и молюсь лишь о том, чтобы не нанести этим людям своими извинениями вреда...» [261].

Критерий выполненного 9-го шага: ощущение такой же свободы, которую давал алкоголь, но без употребления.

В динамике, спустя годы абстиненции, аддикт может вспомнить еще факты нанесенного ущерба, по нашему мнению, психика предъявляет такие воспоминания по мере готовности пройти через ситуацию возмещения ущерба, готовности вести диалог с пострадавшей стороной.

Шаг 10. Продолжали самоанализ и, когда допускали ошибки, сразу признавали это

Цели 10-го шага для аддикта:

- На регулярной основе, отслеживать проявления себялюбия, нечестности, злобы и страха.

- Умение оценивать свои силы, прекращение бесполезной борьбы.

Освоение последних трех шагов Программы (10–12) позволяют эффективно поддерживать трезвость и испытывать радость жизни.

10-й шаг нельзя путать или заменять работой с дневником чувств. Справедливости ради, нужно сказать, что в 12-шаговой программе АА очень мало говорится о чувствах и эмоциях, в основном о проявлениях вины, стыда, ужаса. Вероятно, это связано с двумя моментами: 1) в активном алкоголизме чувства являются «замороженными» – это защитная реакция психики; 2) алкогольные аддикты имеют заниженную самооценку, и соответственно, спектр их чувств и эмоций по отношению к себе находится в отрицательной полярности. Таким образом, для психолога открывается обширное поле деятельности: работа с чувствами и самооценкой.

С точки зрения Программы 10-й шаг – это продолжение работы, начатой в 4-м шаге, и продолженной, до 9-го шага включительно. При обнаружении проявлений себялюбия, нечестности, злобы, страха, Программа рекомендует следующий алгоритм действий:

1. Просить Высшую Силу избавить.
2. Обсудить свое состояние с кем-либо.
3. Если кому-нибудь нанесен ущерб, принести извинения и помириться.

4. Переключиться на какое-нибудь маленькое доброе дело (сделать комплимент, предложить чашку чая, помыть посуду, покормить птиц...).

Рассказ М. о 10-м шаге: «...Для меня очень важным было сохранение единства слов “инвентаризация” в 4-м и 10-м шагах.... Мой 4 шаг был исследованием “послевкусий” до прихода в программу – исследованием моих качеств, поступков и самоощущений за 31 год жизни, начиная первыми ясельным, и заканчивая последними днями пьянства. 10-й шаг – это ежедневное такое же исследование прошедшего дня трезвой жизни. Если 4-й шаг сравнивают с генеральной уборкой в захламленной квартире, то 10-й шаг я бы сравнил с ежедневным поддержанием порядка в чистой ухоженной квартире. Тогда не потребуется год или два спустя вновь устраивать генеральную уборку 4-го шага в трезвости или после срыва... Есть момент, для меня уже не очень значимый, когда 10-й шаг работает сам по себе. Это мгновенные самооценки. Что-то сказал или сделал, увидел реакцию другого человека не такую, какую ожидал, и сразу внутренний стоп: что я сделал не так? – какое качество характера сработало (4 шаг)? – а не нужно ли мне извиниться (8–9 шаги)? Это есть, это работает, практика наблюдать за собой в реакциях других людей сформировалась давно. Со временем ошибок стало довольно мало...

И еще, про борьбу: когда я вспоминаю о пьяных потерях, я сожалею, что так сложилось. Моя старшая двоюродная сестра, с которой мы тесно дружили все детство, и которой я спьяну подростком домогался, до сих пор не дружит со мной. На распределение в институте я пришел пьяным и отказался от аспирантуры, тем самым похоронив уже сделанное мной научное открытие. Я жалею об этих и многих других потерях. С другой стороны, питье спиртного было лишь прикрытием моих внутренних проблем: отношение к себе, как «особенному», отсутствие ценности для меня других людей и человеческих отношений, и вместе с этим непрерывное одиночество. Программа вернула меня в мир людей, я живу и чувствую себя нужным – ничего бы этого не было, не вынуди меня алкоголь менять себя и свою жизнь в программе. Я проиграл возможности, но в итоге выиграл жизнь...» [262].

Критерий выполненного 10-го шага: неприятные ошибки во взаимоотношениях с другими людьми встречаются все реже и не вызывают ощущения стопора, есть освоенный алгоритм поведения.

В динамике выздоровления 10-й шаг программы лучше всего передан в рассказе Б.: «...Процесс же этот непрерывный до последнего дня жизни. И, конечно, качество делания 10-го шага меняется по мере прохождения программы: например, после 5-го шага, когда вычищены авгиевы конюшни, или 7-го, где усмирен бунт своеволия, или после 9-го, где освобождается душа, уровень выполнения 10-го шага становится иным.

Для Бориса 10-й шаг – это анализ прожитого дня. Это, в общем-то, два ритуала, две гигиенические процедуры для души, которые уже 18-й год он совершает ежедневно – утром и вечером. Причем далее символично и где-то забавно, что выполняются они в соответствующих комнатах – гигиенических. Утренний обряд состоит в том, что, бреясь в ванной, он смотрит

в зеркало, видит там свое отражение и говорит ему, то есть себе: «Ты, алкаш вонючий, что бы сегодня ни случилось: землетрясение, наводнение, пожар, похороны, свадьбы, поминки, полет человека на Марс, дефолт (стал добавлять с 98-го года) – что угодно, но один-единственный день, сегодняшний, ты не выпьешь». Помножьте 17 на 365, получится больше 6000 раз – столько раз Борис произнес эти слова. Где-то с 5-ти лет трезвой жизни, когда пришло ощущение, а не понимание присутствия Бога в его жизни, Боря стал добавлять: «Господи, помоги мне в этом». И вечером, как бы ни устал, как бы спать ни хотелось, каким бы ни был – расстроенным, радостным, но, слава Богу, не пьяным, – Борис закрывается в соседней с ванной комнате, там его келья, ему помогает небольшое замкнутое помещение: дает почувствовать себя в уединении, отделиться от внешнего мира с его суетой. Борису там уютно. Его никто не тревожит. Телефона он с собой не берет, жене говорит, что если будут звонить, его ни для кого нет, часы тоже не берет, как в казино – во время этого ритуала на часы смотреть нельзя. Это правило не было нарушено ни разу. Так вот, садится Боря на горшок (именно так он сам и говорит) и анализирует прожитый день. Раньше он делал это с карандашом и бумагой, сегодня лень-матушка одолела, о чем сам он, правда, сожалеет. Тем не менее новичкам настоятельно советует делать с карандашом: «Вы не представляете, каким бесценным материалом будете обладать через 2–3 года, когда у вас появится потребность идти по программе дальше». Именно записки 10-го шага, как вы помните, сделанные карандашом в туалете, очень повеселили Бориса в свое время, а потом пригодились ему при выполнении 4-го шага. И поэтому тоже 10-й шаг надо делать с первого дня. Безусловно, для того, кто решит последовать по пути Бориса, сидение в туалете с бумагой и карандашом не является обязательным.

Ритуал заключается в том, что, как в замедленной съемке, Боря прокучивает в голове прожитый день и записывает на бумаге все, что с ним произошло. На начальном этапе это чистой воды тренинг, требуется записать всего лишь события, безоценочно, занимает сей процесс буквально несколько минут. Главной задачей здесь является приучить себя так делать, самодисциплина. Постепенно это должно стать гигиеной души, необходимой настолько же, насколько потребно умываться и чистить зубы, например. Вспомните, маленькие дети редко любят это делать, но, вырастая, уже не рассуждают, а просто делают. Пройдет достаточно времени, и благодаря такому приобретенному навыку можно будет выполнять вторую часть 10-го шага: «Когда ошибались, сразу признавали это». Безусловно, сразу, с первого дня, этому научиться нельзя. Без тренировок невозможно научиться анализировать, научиться находить ошибки, научиться находить корни этих ошибок, понимать «что внутри тебя заставило выбрать ту или иную дорогу». На том моменте «съемки дня», когда Борис в сердце чувствует непорядок, когда сердце отзывается, он останавливает просмотр и разбирается: что не так, почему стало неуютно, может, поступил по отношению к кому-то подло, не очень корректно, не очень честно или оскорбил незаслуженно, даже не больно

оскорбил, выразился неловко, а человек воспринял это как оскорбление. Тогда тут же идет возврат к 8-му шагу, и со временем он будет выполняться автоматически, будет постоянная готовность – тут же звонок или встреча: извини, я тут вчера, я не имел намерения причинить зло. “С кем-то я поссорился, кого-то послал, я разбираю: что в этот момент внутри меня толкало? – откровенно говорит Борис. – Для этого нужна честность перед самим собой. В отношениях вот с этой женщиной, например, мною двигала похоть, а в отношениях с этой – чувство бесприданницы”; “так не доставайся же ты никому”. Раз не мне – значит и никому. Эффект собаки на сене. Ты не представляешь, какое облегчение испытываешь, когда перестаешь быть собакой на сене. Собака, как известно, сена не ест, но если ее посадить на копну, то она никому есть не даст. В жизни я бы не узнал про себя, что имею это свойство, если бы не 10-й шаг. И никогда бы в жизни не обнаружил в себе зависть. Более того, я даже кичился своей похотью: какая я похотливая сволочь, как увижу женщину – сразу мне чего-то хочется. С возрастом это проходит, но не полностью. Я сегодня говорю по этому поводу, что я дожил до того счастливого возраста, подчеркиваю – счастливого, когда отказ женщины меня радует больше, чем согласие. Но прошу обратить внимание: я не сказал, что согласие не радует...

И открытие зависти в себе, и что собака на сене, и других негативных черт – все это очень пригодится. Потом пролистывать, ретроспективно отматывать назад: “Ага, а вот уже рецидивы, вот здесь то-то мною двигало”, записать. 10-й шаг – это держать свою жизнь под контролем. Если сказать просто: 10-й шаг – ежедневный анализ прожитого дня с постепенным накоплением материалов и выводов, когда вырисовывается некая система. Понимаешь, один раз – это случай, два раза – это совпадение, три раза – гарантирую, это закономерность. Эта закономерность легко находится, если захотеть ее найти.

И в заключение ритуала Борис говорит: “Господи, благодарю Тебя за еще один трезвый прожитый день”. С 2006 года эта благодарность стала особенно искренней, потому что теперь каждый прожитый день Борис действительно принимает как подарок...» [232].

Шаг 11. Стремилась путем молитвы и размышления углубить соприкосновение с Богом, как мы понимали Его, молясь лишь о знании Его воли, которую нам надлежит исполнить, и о даровании силы для этого

Цели 11-го шага для аддикта:

- *Уверенность в сегодняшнем трезвом дне после хорошего трезвого вчерашнего дня.*
- *Чувство принадлежности к социуму, Вселенной.*

Обратимся к толкованию слов *молитва* и *размышление*. *Молитва* – духовная практика во многих религиях. Существует много взаимопротиворечивых определений молитвы, разнящихся как в пределах одной религии,

так и между религиями. На их основе можно предположить, что молитва – «важная часть духовной жизни верующего человека», обращение «человека к Богу, богам, святым, ангелам, духам, персонифицированным природным силам, вообще Высшему Существо или его посредникам», важнейшее проявление общественной и частной религиозной жизни в словесной либо мысленной форме, подразделяют «на славословия, прошения и благодарения» [263; 264–268].

Размышление – глубокая рефлексия. Это не только процесс познания, но и духовная история личности: именно в этом смысле размышление является прежде всего саморефлексией: оно согласует прогресс в нашем познании истины с историей человеческого духа [269; 270–275].

В 12-шаговых сообществах существует понятие Высшей Силы или «Бог, как мы понимали его», фактически каждый член имеет свое личное представление о той Силе, благодаря которой трезвость стала возможной. 11-й шаг предписывает регулярное обращение к этой Силе, утром, вечером, в течение дня, как только возникают сомнения в том, как должно поступить. Алкогольная аддикция характеризуется чувством глубокого одиночества, поэтому Программа рекомендует видеть в Высшей Силе, прежде всего Друга, а не Божество.

Андрей о 11-м шаге: «...Я выбрал своей Высшей Силой группу АА. Молиться я на них не собираюсь, мозги они и так вправляют – “будь здоров”. У меня, по этому поводу, другая “фенька” родилась. На третьей неделе трезвости, (или около того) до меня дошла одна элементарная истина. Встретившись с программой, я подписал себе приговор. Я 13 лет бился как рыба об лед. Пытался зарабатывать деньги, выстраивать свою карьеру, строил грандиозные планы и вылезал из кожи достигая их. 13 лет сплошных неудач и падений. В чем причина? Дело не в том, что я вел себя не адекватно или не осознанно. В моей адекватности равных нет. Я положу голову на плаху, что был более чем компетентным в анализе своих поступков и правильности принятия решений. Дело в другом. Существовала какая-то причина, которая не позволяла мне быть удачливым. Эта причина всегда была со мной, крепла и росла, сжималась как пружина, накапливая в себе огромный потенциал. Эта причина лежит за границами логического понимания. Это просто истина, которая не требует подтверждений и обоснований. Это формула бессознательного поведения, блокирующая все попытки к достижению успеха. Я нашел ее выключатель. Для того, чтобы выключить неудачливость и включить успешность, нужно отказаться от алкоголя, только и всего. Это обстоятельство открывает массу возможностей. Теперь остается только выбрать цель и достичь ее. А вот, куда идти, пусть подскажет сердце. Одиннадцатый шаг позволяет высвободить скрытые желания, не осознаваемые мотивы и подавленные мечты. Мне надоело бояться поступить неправильно. Теперь, я обречен на удачу и успех. Одиннадцатый шаг позволяет мне услышать себя...» [262].

Ольга: «...Мой 11-й шаг заключается в полном смирении перед Богом и полном принятии мира и людей – такими, как есть. Я никого стараюсь не осуждать, не оценивать, никого не пытаюсь исправить или переделать – только себя. Моя молитва – это чувство полной и безоговорочной Любви к Богу и к людям, стремление помочь им в меру сил – поступком, разговором, раскаянием, молитвой... Если я перестану жить в согласии с Богом и с миром, я начинаю терять согласие и с самой собой. Мне становится очень плохо – даже физически. Я не читаю никаких (ни религиозных, ни даже АА-иных молитв, кроме Молитвы о душевном покое), обращаюсь к Богу своими словами, своей душой в любое время, в какое приходится. Мое своеволие в прошлой жизни (отслеженное в 4-м шаге) было столь велико, что я теперь я могу жить только так – в полном и безоговорочном смирении. Лишь тогда мне легко и хорошо. Я отследила еще одну вещь для себя в 11-м шаге: мне не всегда достаточно говорить с Богом мысленно. В какой-то сложной ситуации, когда я в сомнениях или в смятении, я должна произносить слова – свои слова. Тогда моя молитва, начинаясь сумбурно и несвязно, потом льется мощным потоком, душа моя открывается навстречу Высшей Силе. И я испытываю чувство облегчения и очищения. Многие трудные ситуации разрешались у меня после такой молитвы, на многие вопросы приходил ответ...» [262].

Критерий выполненного 11-го шага: ощущение сопричастности к группе взаимопомощи, социуму, Вселенной.

Шаг 12. Достигнув духовного пробуждения, к которому привели эти шаги, мы старались донести смысл наших идей до других алкоголиков и применять эти принципы во всех наших делах

Цели 12-го шага для аддикта:

- Уверенность в сегодняшнем трезвом дне после хорошего трезвого вчерашнего дня.
- Чувство принадлежности к социуму, Вселенной.

Содержание 12-го шага – это донесение информации о возможности выздоровления до алкоголиков, которые встречаются в повседневной жизни. Срок работы над этим шагом: пожизненно.

Михаил о 12-м шаге: «...Мне совершенно не обязательно идти в роли агитатора трезвости в больницу, более того, я рискую в роли такого агитатора создать у людей ошибочное представление об АА как о горстке болтунов-агитаторов. Я сейчас практически полностью прекратил процесс поиска алкоголиков, которым я мог бы рассказать об АА. 12-й шаг для меня перестал быть процессом, и стал состоянием души: я открыт для алкоголиков, я не скрываю в обществе, что я трезвый алкоголик, и большое количество моих друзей-неалкоголиков знают: любому знакомому алкоголику они могут дать мой телефон или мой адрес, а я готов к общению с алкоголиками в буквальном смысле слова 24 часа в сутки...» [276].

Ольга: «...Мой 12-й шаг состоит сейчас, с одной стороны, в моей работе. Я работаю консультантом по Программе 12 шагов в реабилитационном отделении нашей наркологии. С другой стороны – в моей полной открытости и признании перед всеми, что я алкоголичка, выздоравливающая по Программе 12 Шагов. Я не “доношу идеи” АА, я просто рассказываю людям о себе и о своем опыте выздоровления – при любой удобной ситуации. А они сыплются на меня дождем постоянно. Страдающих алкоголизмом людей очень много. Я не Бог, и не знаю, когда, до кого и в какой форме донесутся мои слова... я просто делаю – то, что могу. Если так можно выразиться – вся моя жизнь – это 12 шаг. Я стараюсь применять принципы Программы во всех своих делах, и не бывало такой жизненной ситуации, в которой бы она мне не помогла...» [276].

Критерий выполненного 12-го шага: Программа «12 шагов» стала образом жизни.

Можем смело утверждать, что Программа «12 шагов АА» – это своеобразная жизненная философия, философия бескорыстной помощи человеку человеком и духовного возрастания. С психологической точки зрения, в Программе инфантилизм аддикта возрастает до мудрости взрослого человека, осознанно проживающего свою собственную жизнь.

ГЛАВА 3. КОРРЕКЦИЯ САМООЦЕНКИ В УСЛОВИЯХ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПРИНИМАЮЩЕГО ПРОСТРАНСТВА ДЛЯ ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ АДДИКЦИЕЙ

В виду наличия проблемы социализации и преодоления сложившегося в обществе негативного мнения об алкоголизме у лиц, вступивших на путь трезвости, на базе диспансера УЗ «Витебский областной клинический центр психиатрии и наркологии» было создано безопасное принимающее пространство. Пространство включало 12-шаговые группы для алкогольных аддиктов, членов их семей и лиц, выросших в дисфункциональных семьях. Группы работали в сопровождении психолога. Задачами безопасного принимающего пространства для лиц, поддерживающих трезвость, созависимых, лиц, переживающих психологическое насилие в семье, выросших в неполных семьях и семьях, где родители злоупотребляли алкоголем и другими психоактивными веществами, являлось: распространение знаний о последствиях семейной дисфункции, способах их устранения и профилактики среди жителей города; содействие социализации данной категории граждан; содействие в формировании и развитии различных групп взаимопомощи среди данной категории лиц.

Для оценки эффективности работы групп и психологического сопровождения было сформировано 2 группы обследованных. Группу А составил 51 человек с алкогольной аддикцией, находящийся в разных стадиях выздоровления (сроки поддержания трезвости от 1 года до 22 лет). В группу В вошло 48 человек, члены семей которых имеют алкогольную аддикцию (созависимые). Все обследованные посещали группы взаимопомощи, работающие на основе Программы «12 шагов». Среди обследованных алкогольных аддиктов было 29 женщин и 22 мужчины. В группе созависимых было 38 женщин и 10 мужчин.

Представилось интересным разбить обследованных на подгруппы в зависимости от срока поддержания трезвости и пребывания в группах взаимопомощи (таблица 3.1).

Таблица 3.1 – Группы А и В, в зависимости от срока поддержания трезвости и пребывания в группах взаимопомощи

Группа А		Группа В	
Срок поддержания трезвости	Количество человек	Срок пребывания в группе взаимопомощи	Количество человек
до 1 года	11 человек	до 1 года	15 человек
от 2 до 5 лет	15 человек	от 2 до 5 лет	12 человек
от 6 до 10 лет	16 человек	от 6 до 10 лет	9 человек
свыше 10 лет	9 человек	свыше 10 лет	2 человека

В процессе деятельности психологического принимающего пространства в обеих группах обследованных было проведено исследование самооценки личности с использованием методики С.А. Буддаси, которая позволяет производить количественное исследование самооценки личности способом ранжирования [277–280].

В предложенной методике исследования самооценки ее уровень и адекватность определяются как отношение между «Я идеальным» и «Я реальным». Представления человека о самом себе, как правило, кажутся ему убедительными независимо от того, основываются ли они на объективном знании или на субъективном мнении, являются ли они истинными или ложными. Качества, которые человек приписывает самому себе, далеко не всегда адекватны. Процесс самооценивания может происходить двумя путями: 1) путем сопоставления уровня своих притязаний с объективными результатами своей деятельности и 2) путем сравнения себя с другими людьми. Однако независимо от того, лежат ли в основе самооценки собственные суждения человека о себе или интерпретации суждений других людей, индивидуальные идеалы или культурно-заданные стандарты, самооценка всегда носит субъективный характер; при этом ее показателями могут выступать адекватность и уровень [277; 278; 281–285].

Адекватность самооценивания выражает степень соответствия представлений человека о себе объективным основаниям этих представлений. Уровень самооценки выражает степень реальных и идеальных, или желаемых, представлений о себе. Адекватную самооценку (с тенденцией к завышению) можно приравнять к позитивному отношению к себе, к самоуважению, принятию себя, ощущению собственной полноценности. Низкая самооценка (с тенденцией к занижению), наоборот, может быть связана с негативным отношением к себе, неприятием себя, ощущением собственной неполноценности [277; 278; 286–290].

В процессе формирования самооценки важную роль играет сопоставление образов «реального Я» и «Я идеального». Поэтому тот, кто достигает в реальности характеристик, соответствующих идеалу, будет иметь высокую самооценку. Если же человек «эффективно» рефлексировывает разрыв между этими характеристиками и реальностью своих достижений, его самооценка, по всей вероятности, будет низкой [277; 278; 291–295].

Самооценка и отношение человека к себе тесно связаны с уровнем притязаний, мотиваций и эмоциональными особенностями личности. От самооценки зависит интерпретация приобретенного опыта и ожидания человека относительно самого себя и других людей [277; 278; 296–300]. В таблице 3.2 представлены показатели самооценки.

Таблица 3.2 – Индивидуальные результаты исследования особенностей самооценки

Уровни выраженности показателей самооценки	
От 4 – 1,0 до + 0,85	самооценка высокая неадекватная
От + 0,84 до + 0,53	самооценка высокая адекватная
От + 0,52 до –0,1	самооценка средняя адекватная
От –0,09 до –0,32	самооценка низкая адекватная
От –0,33 до –1,0	самооценка низкая неадекватная

Люди с завышенной самооценкой гипертрофированно оценивают свои достоинства, ставят перед собой более высокие цели, чем те, которые они могут реально достигнуть, у них высокий уровень притязаний, не соответствующий их реальным возможностям. Здоровые качества личности: достоинство, гордость, самолюбие – перерождаются в высокомерие, тщеславие, эгоцентризм. Неадекватная самооценка своих возможностей и завышенный уровень притязаний обуславливают чрезмерную самоуверенность. Развитие излишней самоуверенности может выступать следствием соответствующего стиля воспитания в семье и школе. Незаслуженные похвалы и поощрения способствуют формированию у такого человека сознания исключительности, искаженного представления о собственных возможностях, необъективной оценки результатов своей деятельности. Самоуверенные люди не склонны к самоанализу. Вкупе с некритичностью мышления, недисциплинированностью, отсутствием необходимого самоконтроля это ведет к принятию ошибочных решений и осуществлению рискованных поступков. Дальнейшая утрата чувства необходимой осторожности отрицательно влияет на безопасность, надежность и эффективность всей жизнедеятельности человека. Отсутствие или недостаточная потребность в самосовершенствовании затрудняет включение их в процесс самовоспитания [277; 278; 301–305].

Люди с заниженной самооценкой обычно ставят перед собой более низкие цели, чем те, которые могут достигнуть, преувеличивая значение неудач. При заниженной самооценке человек характеризуется другой крайностью, противоположной самоуверенности, – чрезмерной неуверенностью в себе. Неуверенность, часто объективно необоснованная, является устойчивым качеством личности и ведет к формированию у человека таких черт, как смирение, пассивность, «комплекс неполноценности». Это отражается и во внешнем виде человека: голова втянута в плечи, походка нерешительная, он хмур, неулыбчив. Окружающие иногда принимают такого человека за сердитого, злого, неконтактного и следствием этого становится изоляция от людей, одиночество [277; 278; 306–310].

Развитию неуверенности в себе могут способствовать и некоторые субъективные факторы: тип высшей нервной деятельности, черты темперамента и т.д. Например, неуверенность выступает в качестве одной из характеристик тревожности. Преодоление неуверенности через процесс самовоспитания затруднено из-за неверия человека в свои возможности, перспективы и конечный результат. Наиболее благоприятна адекватная самооценка, предполагающая равное признание человеком как своих достоинств, так и недостатков. В основе оптимальной самооценки, выражающейся через положительное свойство личности – уверенность, лежат необходимый опыт и соответствующие знания. Уверенность в себе позволяет человеку регулировать уровень притязаний и правильно оценивать собственные возможности применительно к различным жизненным ситуациям [277; 278; 311–315].

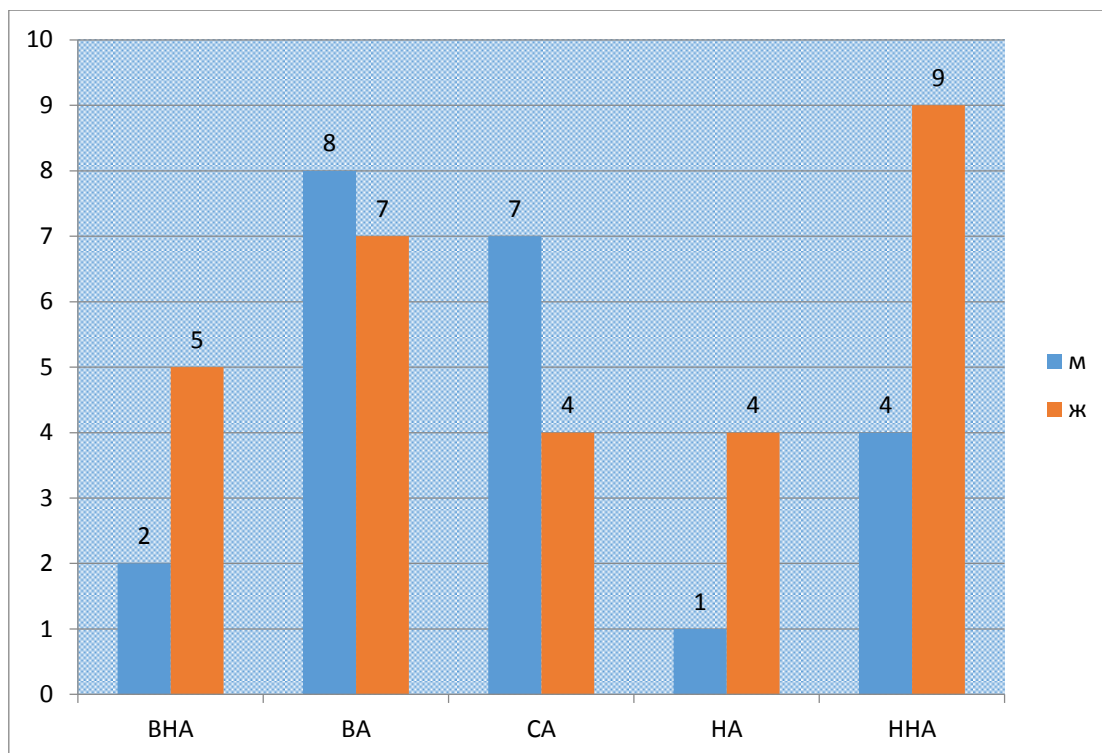
Уверенного человека отличают решительность, твердость, умение находить и принимать логические решения, последовательно их реализовывать. Уверенный человек критически относится к допущенным ошибкам, анализируя их причины, с тем, чтобы не повторить их вновь. Отсюда вывод: надо стремиться развивать у себя адекватную самооценку на основе самопознания [277; 278; 316–320].

Результаты исследования уровня самооценки у аддиктов мужского и женского пола в группе А представлены в таблице 3.3 и на рисунке 3.1. Выявлено, что женщины с алкогольной аддикцией достоверно чаще, чем мужчины ($p \leq 0,01$) демонстрируют низкий неадекватный уровень самооценки. Они ставят перед собой более низкие цели, чем могли бы достигнуть, преувеличивают значение неудач. У них сложился «комплекс неполноценности». Данный тип личности сформировался у них задолго до наступления первого алкогольного эпизода и в последующем трудно поддается коррекции.

Таблица 3.3 Уровень самооценки личности у представителей группы А в зависимости от пола

Абс.,%		Уровень самооценки
м	ж	
2 (9,1%)	5 (17,2%)	высокая неадекватная
8 (36,4%)	7 (24,1%)	высокая адекватная
7 (31,8%)	4 (13,8%)	средняя адекватная
1 (4,5%)	4 (13,8%)	низкая адекватная
4 (22,7%)	9 (31,1)*	низкая неадекватная

* $p \leq 0,01$



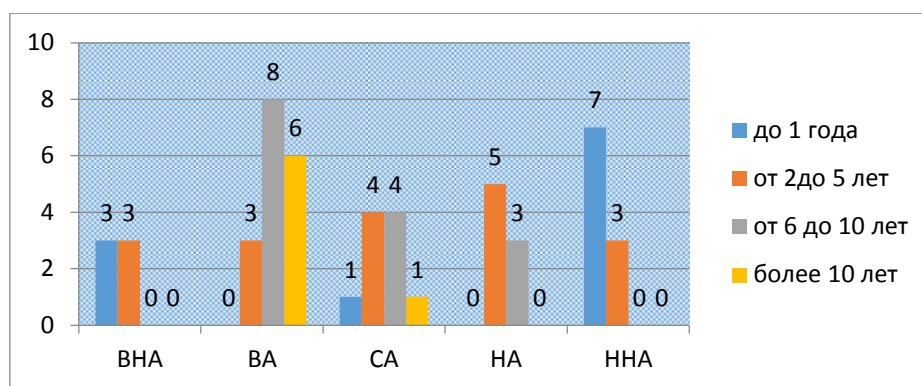
Примечание: (ВНА – высокая неадекватная, ВА – высокая адекватная, СА – средняя адекватная, НА – низкая адекватная, ННА – низкая неадекватная)

Рисунок 3.1 – Уровень самооценки личности у представителей группы А в зависимости от пола

Результаты исследования уровня самооценки в зависимости от срока поддержания трезвости у представителей группы А представлены в таблице 3.4 и на рисунке 3.2.

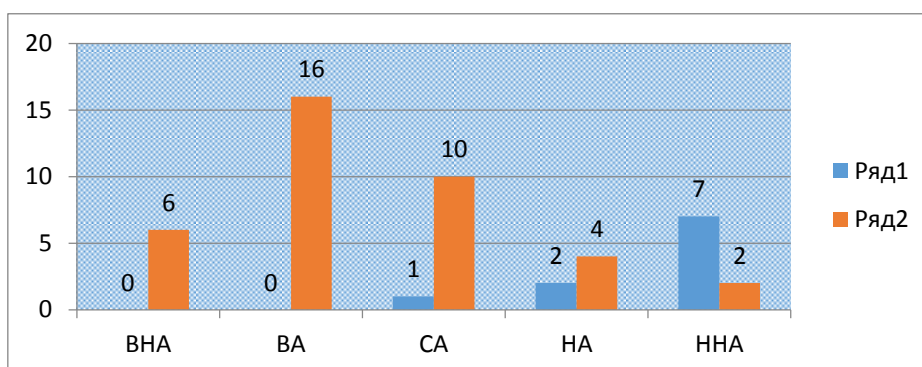
Обнаружено, что, по мере увеличения срока поддержания трезвости в условиях группы взаимопомощи, достоверно ($p \leq 0,01$) происходит изменение уровня самооценки личности. Так, на 1-м году абстиненции преобладает низкая неадекватная самооценка (описана выше) и высокая неадекватная, характеризующаяся склонностью гипертрофировано оценивать свои достоинства, постановкой недостижимых целей, уровнем притязаний, несоответствующих реальным возможностям. На сроках абстиненции от 6 до 10 лет и более, в условиях посещения групп взаимопомощи, уровень самооценки у лиц с алкогольной аддикцией становится высоким адекватным. Интересно, что исчезают случаи неадекватной самооценки.

В таблице 3.5 и на рисунке 3.3 показаны результаты исследования уровня самооценки у представителей группы В. Выявлено, что мужчины, в чьих семьях есть члены с алкогольной аддикцией, достоверно чаще, чем женщины ($p \leq 0.01$) демонстрируют низкий неадекватный уровень самооценки.



Примечание: (ВНА – высокая неадекватная, ВА – высокая адекватная, СА – средняя адекватная, НА – низкая адекватная, ННА – низкая неадекватная)

Рисунок 3.2 – Уровень самооценки личности у представителей группы А в зависимости от срока поддержания трезвости



Примечание: (ВНА – высокая неадекватная, ВА – высокая адекватная, СА – средняя адекватная, НА – низкая адекватная, ННА – низкая неадекватная)

Рисунок 3.3 – Уровень самооценки личности у представителей группы В в зависимости от пола

Таблица 3.4 – Уровень самооценки личности у представителей группы А в зависимости от срока поддержания трезвости

Абс.,%				Уровень самооценки
до 1 года	от 2 до 5 лет	от 6 до 10 лет	более 10 лет	
3 (5,9%)	3 (5,9%)	0*	0*	высокая неадекватная
–	3 (5,9%)	8 (15,7%)*	6 (11,8)*	высокая адекватная
1 (2%)	4 (7,8%)	4 (7,8%)	1 (2%)	средняя адекватная
0	5 (9,8%)	3 (5,9%)	0*	низкая адекватная
7 (13,7%)	3 (5,9%)	0*	0*	низкая неадекватная

* $p \leq 0,01$

Таблица 3.5 – Уровень самооценки личности у представителей группы В, в зависимости от пола

Абс.,%		Уровень самооценки
м	ж	
0 (0%)	6 (15,5%)	высокая неадекватная
0 (0%)	16 (42,1%)	высокая адекватная
1 (10%)	10 (26,5%)	средняя адекватная
2 (20%)	4 (10,6%)	низкая адекватная
7 (70%)	2 (5,3)	низкая неадекватная

$p \leq 0,01$

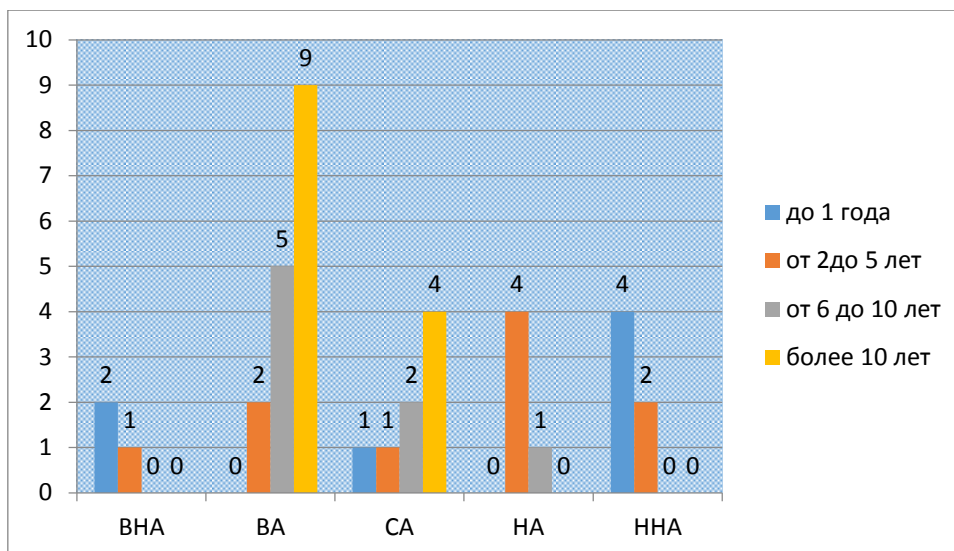
Результаты исследования уровня самооценки, в зависимости от срока посещения групп взаимопомощи у представителей группы В, представлены в таблице 3.6 и на рисунке 3.4.

Обнаружено, что, по мере увеличения срока пребывания в условиях группы взаимопомощи, достоверно ($p \leq 0,01$) происходит изменение уровня самооценки личности. Так, на 1-м году преобладает низкая неадекватная самооценка (описана выше) и высокая неадекватная, характеризующаяся склонностью гипертрофировано оценивать свои достоинства, постановкой недостижимых целей, уровнем притязаний, несоответствующих реальным возможностям. На сроках посещения групп взаимопомощи от 6 до 10 лет и более уровень самооценки у созависимых лиц становится высоким адекватным. Так же как и в группе В исчезают случаи неадекватной самооценки.

Таблица 3.6 – Уровень самооценки личности у представителей группы В в зависимости от срока нахождения в группе взаимопомощи

Абс.,%				Уровень самооценки
до 1 года	от 2 до 5 лет	от 6 до 10 лет	более 10 лет	
2 (5,3%)	1 (2,7%)	0*	0*	высокая неадекватная
–	2 (5,3%)	5 (13,2%)*	9 (23,7)*	высокая адекватная
1 (2,7%)	1 (2,7%)	2 (5,3%)	4 (10,5%)	средняя адекватная
0	4 (10,5%)	1(2,7%)	0*	низкая адекватная
4 (10,5%)	2 (5,3%)	0*	0*	низкая неадекватная

* $p \leq 0,01$



Примечание: (ВНА – высокая неадекватная, ВА – высокая адекватная, СА – средняя адекватная, НА – низкая адекватная, ННА – низкая неадекватная).

Рисунок 3.4 – Уровень самооценки личности у представителей группы А в зависимости от срока пребывания в группе взаимопомощи

Достоверность результатов и выводов исследования обеспечивались использованием надежных и апробированных в психологии методов исследования, методами математической статистики – метод определения достоверных значимых различий по критерию Манна–Уитни и корреляционный анализ Спирмена.

Для анализа данных использовались программы: Microsoft Excel 2003 (из стандартного пакета Office), SPSS 12.0.0 for Windows.

Статистический анализ выявил статистически достоверные прямопропорциональные связи между адекватными уровнями самооценки и сроком поддержания абстиненции в условиях группы взаимопомощи ($r_s = 0,361$, при $p \leq 0,01$). Аналогичные результаты для обследованных из группы В ($r_s = 0,358$, при $p \leq 0,01$).

Таким образом, выявлено, что женщины с алкогольной аддикцией (группа А) достоверно чаще, чем мужчины ($p \leq 0,01$) демонстрируют низкий неадекватный уровень самооценки. В группе В, наоборот низкий неадекватный уровень самооценки был характерен для мужчин [279; 280; 321–323–328].

Обнаружены достоверные прямопропорциональные связи между адекватными уровнями самооценки и сроком поддержания абстиненции в условиях группы взаимопомощи, как у представителей группы А, так и группы В [321; 322; 329–338].

Выявлено благоприятное влияние групп взаимопомощи на формирование адекватной самооценки [321; 322; 339–340].

Способность человека принимать и критически оценивать себя формируется в детстве и зависит, в первую очередь, от родительской оценки и принятия, особенно матери [321; 322; 341–347].

В результате интервью было выявлено, что как и лицам с алкогольной аддикцией, так и созависимым с детства присущи следующие черты: замкнутость в себе и страх людей, особенно авторитетных лиц; неприятие себя и поиск одобрения; страх разгневанных людей и критических замечаний в свой адрес; чувство покинутости, компульсивное поведение (часто компульсивное переедание, трудоголизм, тяга к экстриму, любовная аддикция проявляется раньше первого алкогольного эпизода); жизнь проживается с позиции жертвы; алекситимия; осуждение себя. Респонденты отмечали отсутствие одобрения со стороны родителей в детстве, постоянное сравнение с другими детьми, обесценивание их опыта и достижений. Лица с алкогольной аддикцией отмечают, что первый прием алкоголя принес им недостающие ощущения значимости, нужности, ценности. Таким образом, вещество, в частности алкоголь, для аддикта изначально является не проблемой, а решением проблемы. Алкоголь «имитирует», так и не прозвучавшее для ребенка материнское послание: «Ты – Ок!» [321; 322; 348–355].

У женщин низкий уровень самооценки усугубляется общественной стигматизацией. Отношение в обществе к мужчине, алкогольному аддикту – «Перепил, с кем ни бывает», к женщине – «Позор! Ты же женщина! Ты же мать!». Выявлено, что общество стигматизирует созависимых мужчин больше, чем женщин. Созависимость у мужчин в обществе позиционируется как трусость, слабохарактерность [321; 322; 356–362].

Мы проследили, что в условиях длительного посещения групп взаимопомощи уровень самооценки у лиц с алкогольной аддикцией становится высоким адекватным. Вероятно, группа, как безопасное принимающее пространство, берет на себя, так сказать, родительские функции [321; 322; 363–370].

В условиях группы «Я – плохой» постепенно меняется на «Я – хороший». Это важно, потому что, пока «Я – плохой», я виноват и подлежу наказанию. На этом полюсе человек боится наказания, осуждения, отвержения, поэтому будет отрицать недостатки, лгать, не видеть и не признавать их наедине с собой и, особенно, в разговорах с другими. Это защитная реакция. Таким образом они отстаивают свою безопасность, правда создавая замкнутый круг «Я плохой – наказание – Я плохой...» Здесь критикуется сам человек. Уверенность и самооценка в этой позиции величины весьма нестабильные и переменчивые, обусловленные [371–378].

На другом полюсе «Я – хороший! Я – Ок!» есть возможность выдерживать чужую критику, увидеть свои недостатки, признать ответственность и исправить. Ведь «Я – Ок!», сейчас не смог, теперь увидел, здорово, есть над чем поработать! Здесь подлежат критике поступки. Уверенность и

самооценка с этой позиции не подчиняется условиям, они безусловны, потому постоянны и на хорошем уровне [379–386].

Как видно из приведенных данных, для восстановления адекватного уровня самооценки необходимо продолжительное время. Поэтому мы предприняли попытку разработать программу коррекции самооценки личности для лиц с алкогольной аддикцией в условиях группы взаимопомощи (Приложение А).

Выводы:

1. Женщины с алкогольной аддикцией достоверно чаще, чем мужчины ($p \leq 0,01$) демонстрируют низкий неадекватный уровень самооценки.
2. Мужчины, в чьих семьях есть лица с алкогольной аддикцией, достоверно чаще, чем женщины ($p \leq 0,01$) демонстрируют низкий неадекватный уровень самооценки.
3. На сроках абстиненции от 6 до 10 лет и более, в условиях посещения групп взаимопомощи, уровень самооценки у лиц с алкогольной аддикцией становится высоким адекватным.
4. С увеличением срока пребывания в группах взаимопомощи исчезают случаи неадекватной самооценки ($r_s = 0,361$, $r_s = 0,358$).
5. В организации реабилитации как лиц с алкогольной аддикцией, так и членов их семей необходимо создание безопасного принимающего пространства.

ГЛАВА 4. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ И КУРАЦИИ ГРУПП ВЗАИМОПОМОЩИ В РАМКАХ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСТРАНСТВА

В результате проведенных исследований показано, что проблема реабилитации и адаптации людей, имеющих отклонение в состоянии здоровья (алкогольная аддикция), носит комплексный характер. Помимо физиологических механизмов, нарушены психические механизмы адаптации, без восстановления которых немислимо полная социализация этих лиц [384–389].

Зависимое (аддиктивное) поведение – это аутодеструктивное поведение, связанное с зависимостью от употребления какого-либо вещества (или от специфической активности) в целях изменения психического состояния.

Успешная борьба с алкоголизмом и ведение лиц с алкогольной аддикцией возможна только при комплексном медико-социальном воздействии на все звенья генеза, особенно на начальном этапе, когда формируются предпосылки: антиалкогольное воспитание подрастающего поколения и активная пропаганда здорового образа жизни должны касаться прежде всего семьи [384–389].

Рекомендации для психолога:

1. Учитывать особенности личности и психологические защиты больных алкоголизмом. Неоднократные попытки описать типичную «личность алкоголика», фатально приводящую человека к зависимости, окончились неудачно. Алкоголизм развивается у личностей любого типа. По мере развития болезни, для алкоголиков становятся характерными такие черты, как лживость, ненадежность, депрессивность, апатичность, агрессивность по отношению к более слабым. В конце концов у больных развивается более или менее выраженное слабоумие с нарушениями памяти и мышления.

2. Учитывать «защитные механизмы» психики. Все люди прибегают к «защитным механизмам», чтобы освободиться от болезненных чувств и воспоминаний, держать их вне своего сознания. Особенно это характерно для алкоголиков и наркоманов, так как в их жизни очень много боли.

Защитные механизмы алкоголика:

Вытеснение – сводится к активному выталкиванию из сознания болезненных воспоминаний, чувств и импульсов. Вытесненные боль, страх или чувство вины недоступны сознанию.

Отрицание отвлекает внимание алкоголика от болезненных идей и чувств, но не делает их абсолютно недоступными для сознания. Человек, который прибегает к отрицанию, просто игнорирует болезненные для него реальности и действует так, словно они не существуют. В качестве приме-

ра можно привести типичную алкогольную семью, где избегают говорить об алкоголизме родственника.

Формирование реакции состоит в преувеличении какого-то одного эмоционального аспекта ситуации, чтобы с его помощью подавить противоположную эмоцию. Так гнев подавляет страх, поэтому алкоголики часто бывают агрессивны.

Перемещение – это просто смена объекта чувств, их перенос с реального объекта на какой-то иной, более безопасный. Так жена алкоголика кричит на ребенка вместо того, чтобы поставить на место мужа.

Обратное чувство – это изменение импульса, превращение его из активного в пассивный (и наоборот) или же направление импульса на себя, а не на другого (и наоборот). Выражение активных садистских чувств ради маскировки менее сознательных мазохистских желаний – распространенный тому пример. Упреки в свой адрес вместо того, чтобы выразить разочарование кем-то другим – другой пример обратных чувств.

Подавление – это ограничение мыслей или действий для того, чтобы избежать тех из них, которые могут вызвать тревогу. Так алкоголик, который не употребляет алкоголь под страхом «кодирования», например, будет избегать участия в праздниках с ритуальным употреблением алкоголя.

Аскетизм – это отрицание, отказ себе в удовольствии. Такой отказ может касаться пищи, сна, физических упражнений, сексуального удовлетворения. Все это обычно отрицается с видом полного превосходства, словно в результате достигается что-то весьма полезное.

Интеллектуализация – это основанный на фактах, излишне «умственный» способ переживания конфликтов и их обсуждения, без переживания связанных с ним аффектов.

У молодых людей, рано пристрастившихся к алкоголю, формируются особые механизмы психологической защиты, указывающие на грубую патологию личности:

Расщепление – разделение «плохого» и «хорошего» в образах самого себя и окружающих: в человеке как бы живут две разные личности, «не знающие» друг друга.

Отрицание и девальвация – сознательное, намеренное игнорирование важных реальностей, умаление важных вещей и ценностей, их презрительное отрицание.

Примитивная идеализация – преувеличение силы и престижа другого человека.

Всемогущество – преувеличение собственных сил и возможностей.

Проекция – наделение собственными конфликтующими импульсами, желаниями другого человека [384–389].

3. Учитывать сопротивление аддикта. Сопротивление – это силы пациента. Сопротивление охраняет алкоголизм больного и действует против терапевта. Сопротивление бывает сознательным, но часто бывает бессоз-

знательным и выражается в виде эмоций, отношений, идей, побуждений, мыслей, фантазий или действий. В беседе с пациентом можно встретить следующие формы сопротивления:

- Молчание (отказ от контакта).
- Пациент говорит: «Мне нечего сказать».
- Отсутствие эмоций при рассказе о событиях, которые в норме вызывают сильные эмоции; гнев и раздражение при разговоре, касающемся о последствиях пьянства или о необходимости прекращения употребления алкоголя.
- Поза пациента. Например, пациент застывает в одной и той же позе на все время беседы; сжатые руки, сжатые в кулак пальцы, руки скрещенные на груди, скрещенные лодыжки, зевание, избегание взгляда терапевта.
- Фиксация во времени: когда пациент говорит в основном о своем прошлом, не касаясь настоящего, и наоборот.
- Фиксация на маловажных деталях.
- Избегание каких-либо тем в разговоре.
- Пациент откровенно выражает скуку.
- Пациент отказывается сообщить какую-то информацию о себе (наличие «секрета»).

4. Первичный контакт и проведение мотивирующего интервью. Структура вмешательства:

Обнаружение проблемы – конфронтация (предъявление проблемы пациенту) – прояснение (инсайт) – тщательная проработка (интерпретация) – выработка рациональных форм мышления – принятие решения – рациональное поведение.

Характеристики вмешательства:

- Обратная связь с клиентом, терапевт конструктивно реагирует на высказывания клиента, а не на собственные мысли.
- Ответственность за решение «Что делать?» лежит на клиенте.
- Терапевт дает ясные, понятные советы клиенту.
- Совместно с клиентом разрабатывается список вариантов изменения и конкретных действий.
- Стилль консультирования эмпатический.
- Терапевт подчеркивает наличие у клиента собственных ресурсов для изменения.

5. Распознавать барьеры в общении психолог–клиент:

- психологический нигилизм, то есть мысль психолога о том, что алкоголизм – это неизлечимое заболевание, сделать с ним ничего нельзя, поэтому можно особо и не стараться. Надо понимать, что зависимость – это хроническое интермиттирующее заболевание. Рецидив алкоголизма – это «нормальное» течение болезни. Прогноз при правильной терапии химической зависимости лучше, чем при шизофрении или бронхиальной астме.

- Проблема ролевых отношений. Авторитаризм психолога.
- Социально-культуральные различия между психологом и пациентом.
- Контртрансфер. Психолог часто испытывает чувства вины, гнева, отчаяния или стыда.
- Низкая толерантность к конфликту (у психолога).
- Импульсивное поведение психолога.

Две основные установки: эмпатия и абстрагирование. Эмпатия как психотерапевтическая техника есть проявление интереса к больному (пусть даже просто как к интересному случаю).

Принципы реабилитационной программы:

- Изменить отношение к алкоголю.
- Выработать установки на трезвость.
- Изменить отношения в семье и на работе.
- Принципы длительного лечения: лечение проводится непрерывно.
- Индивидуальный подход.
- Мультидисциплинарный подход.
- Гибкость подхода при улучшении и при ухудшении.
- У пациента должен быть индивидуальный наставник.

Рекомендации для аддикта, поддерживающего трезвость

Факторы, препятствующие трезвости:

1. Первичное патологическое влечение к алкоголю. Подавляется психотерапевтически, сознательным усилием самого больного, медикаментозно.

2. Анозогнозия. Преодолевается систематическим обучением больного. Формы обучения разнообразны – беседы, работа в терапевтической группе, посещение группы АА, чтение специальной литературы, ведение дневника.

3. Проживание вместе с «действующим» алкоголиком.

4. Специфическая работа (например, в баре или ресторане, в пивной или винно-водочной промышленности и торговле).

5. Безработица. Больной должен как можно скорее найти работу, быть максимально занятым.

6. Неправильный образ жизни, перегрузки, длительные перерывы в приеме пищи.

7. Иная психическая патология (депрессия, психопатия, шизофрения, последствия травм черепа, снижение интеллекта).

8. Проживание с родственниками, сознательно или бессознательно провоцирующими больного на употребление алкоголя.

9. Одиночество. Одиноким больным должны быть включены в активное взаимодействие с членами терапевтического сообщества.

10. Патологическое мировоззрение и ненормальные жизненные установки (склонность к доминированию, эгоизм, алчность, беспринципность).

Факторы, способствующие трезвости:

1. Хороший контакт с психологом.
2. Активная регулярная (2–3 раза в неделю) работа в группе.
3. Выполнение домашних заданий.
4. Здоровая психика в преморбиде.
5. Занятость любимым делом.

Принципы организации групп:

Зависимые – это те, кто потерпел неудачу в самореализации, компетенции, интеграции в социум, не приобрел уважение к себе самому или утратил его. Они не выросли, не повзрослели. Зависимость обеспечивает определенный сорт идентификации и цели в жизни. Основа терапии – групповая психотерапия. Сущностной характеристикой зависимых от алкоголя является низкая самооценка, недоверие к себе и другим людям, страх быть отвергнутым и манипулятивное поведение, чтобы не допустить отвержения – это делает индивидуальную терапию малоприменимой, даже если есть механизмы контроля над поведением больного за пределами сессий [384–389].

Процесс изменения аддикта в группе:

1. Формирование надежды на улучшение, так как другие резиденты имеют эту надежду и реально улучшаются.
2. Чувство общности с другими людьми – одинаковые проблемы, один путь к улучшению.
3. Повышение самооценки.
4. Социализация – вместо манипуляций резидент учится просить о помощи прямым путем.
5. Развитие способности к нормальным межличностным отношениям – резидент учится выражать и принимать критику.
6. Внутригрупповые связи уничтожают страх быть отвергнутым.
7. Принимающее пространство служит моделью новой семьи, где можно испытать опыт жизни в нормальной семье.
8. Разрушение старой идентичности и формирование новой идентичности (образ самого себя в принадлежности к семье).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

«Анонимные Алкоголики» – добровольное объединение алкоголиков на основе специальной программы духовного оздоровления. Его роль в системе длительного лечения больных очень велика. В Беларуси официальными медицинскими кругами распространяется идея о том, что АА играет роль на этапе реабилитации больных, после того как они прошли курс лечения в наркологических учреждениях. Однако, следует помнить, что движение АА возникло в противовес и даже вопреки официальной медицине, и именно по той причине, что медицинская наука оказалась бессильна перед алкоголизмом. Движение АА самодостаточно и не требует никаких общественных ресурсов и поддержки государства. В этом – большая ценность и сила АА. Что касается его роли, то в группах прекрасно разрушаются и анозогнозия, и различные формы психологической защиты больных, формируются установки на трезвость и образ позитивного будущего. Для некоторых больных алкоголизмом достаточно посещения групп АА, чтобы сохранять сознательную трезвость. Другим желательно сочетание профессиональной помощи с регулярным (не реже 1 раза в неделю на протяжении 1–2 лет) посещением групп АА.

Основные принципы психологического принимающего пространства:

Программа психологической реабилитации и социальной адаптации строится исходя из био-психо-социо-духовной концепции заболевания и с учетом следующих основных принципов:

1. Зависимость от алкоголя, наркотиков и азартных игр – это болезнь: первичная (не симптом другой болезни), прогрессирующая, хроническая и смертельная, которая поражает биологическую, психологическую, социальную и духовную сферы жизнедеятельности человека.

2. Одним из главных симптомов болезни является ее отрицание со стороны пациента, поэтому необходимо создать условия, при которых он может сам поставить себе диагноз, идентифицировать себя с больным человеком, что может вызвать желание изменить образ жизни и отказаться от приема любых психоактивных веществ, игры.

3. В процессе реабилитации очень важную роль играют выздоравливающие алкоголики и наркоманы, которые после профессионального обучения работают в программе консультантами.

4. Процесс лечения предусматривает сотрудничество персонала, представляющего команду специалистов различного профиля и пациентов, взаимную ответственность за результат лечения.

5. Поскольку зависимость затрагивает близкое окружение пациента, включение семьи пациента в процесс реабилитации является обязательным.

6. Стратегия реабилитации опирается на концепцию Программы «12 шагов» Сообщества Анонимных Алкоголиков (АА), что обеспечивает процесс дальнейшей социальной адаптации зависимого человека в существующей инфраструктуре групп самопомощи АА, АН, АИ.

7. Обеспечение полной анонимности пациенту и ограничение доступа к информации о нем, связанной с процессом лечения только случаями, предусмотренными действующим законодательством.

8. Права и обязанности сторон юридически оформляются договором.

В Программе «12 шагов» восстановления включает:

- признание в потребности постороннего участия;
- принятие и переоценка собственного жизненного опыта;
- восстановление всего ущерба, нанесенного другим людям;
- признание Создателя;
- решение отказаться от образа жизни и измениться;
- проведение глубокого самоанализа;
- решение помочь другим порвать с порочной привычкой.

Методику «12 шагов» применяют во всем мире. На территории Республики Беларусь она успешно помогает людям уже в течение последних 20 лет (гг. Минск, Гродно, Гомель, Бегомль, Витебск, п. Бобр).

В процессе работы с пациентом коррекции подвергается эмоциональная, физическая, психическая и духовная модель поведения человека.

Противопоказаний методика не имеет. Ею могут воспользоваться люди, имеющие любой вид зависимости. Нельзя забывать о том, что на фоне применения наркотических средств в организме больного могли развиваться сопутствующие патологии, которые во время лечения нередко обостряются.

Нужно отметить, что есть факторы, которые нельзя изменить в Программе «12 шагов». Первый – это время, второй – приобретенная хроническая соматическая патология. Работая в 4-м шаге над нравственной инвентаризацией, страхами и межличностными отношениями, выздоравливающий аддикт вдруг обнаруживает себя 14-летним мальчиком с паспортом 40-летнего мужчины, и, порой, с патологией 80-летнего старика.

Взросление в программе не бывает быстрым, на это уходят годы. Большинство алкогольных аддиктов имеют детский травматический опыт, который обуславливает модели межличностного поведения и не имеют здорового образца для подражания. Многим не хватает ресурса и существует страх новой травматизации. Банально, некоторые функции, например, фертильная, может быть утрачена в силу возраста или, женщина имеет 3 детей, но не имеет оконченного среднего образования, вероятно, время не позволит ей стать профессором.

У членов сообщества АА на этот счет есть замечательная молитва «Боже, дай мне разум и душевный покой принять то, что я не в силах изменить, мужество изменить то, что могу и мудрость отличить одно от другого». Очевидно, чем раньше аддикт приходит в реабилитационную программу, чем меньше разрыв между психологическим и паспортным возрастом, тем больше у него времени для работы над собой, тем качественнее результаты он может получить.

Нами была разработана программа обучающего семинара для психологов «Программа 12 шагов АА в терапии зависимостей» для студентов педагогических и психологических специальностей, а также специалистов, выполняющих социально-психологическое сопровождение лиц с химическими зависимостями (Приложение Б).

ЛИТЕРАТУРА

1. Многоиндикаторное кластерное обследование по оценке положения детей и женщин в Республике Беларусь, 2018 год. Итоговый отчет. Минск, Республика Беларусь // Национальный статистический комитет Республики Беларусь, Детский Фонд ООН (ЮНИСЕФ), 2019. – 327 с.
2. Крестьянинова, Т.Ю. Программа коррекции самооценки личности для лиц с алкогольной аддикцией / Т.Ю. Крестьянинова, А.А. Ганкович // Психолого-педагогическая деятельность: сферы сотрудничества и взаимодействия : материалы V Межрегион. заочн. науч.-практ. интернет-конф. с междунар. участием, Кострома, 16–19 окт. 2019 г. – Кострома: Костром. гос. ун-т, 2019. – С. 170–172.
3. Официальная статистика. Демографическая и социальная статистика. Здравоохранение. Заболеваемость населения алкоголизмом и алкогольными психозами [Электронный ресурс] // Национальный статистический комитет Республики Беларусь. – Режим доступа: https://www.belstat.gov.by/ofitsialnaya-statistika/solialnaya_sfera/zdravooohranenie_2/. – Дата доступа: 22.01.2023.
4. Клинический протокол оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами: прил. к приказу М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 31.12.2010 г. № 1387 / Респ. науч.-практ. центр психич. здоровья; [О.Р. Айзберг [и др.]]. – Минск: Проф. изд-во, 2011. – 374 с. – (Психиатрия, психотерапия и клинич. Психология: 2220-1122; 2011, прил.).
5. Диагностика и лечение пациентов с психическими и поведенческими расстройствами врачами общей практики: клинический протокол / Министерство здравоохранения Республики Беларусь. – Минск: Професиональные издания, 2020. – 55 с.
6. Анонимные алкоголики / пер. с англ. – 4-е изд. – Нью-Йорк: Alcoholics Anonymous WorldServices, Inc; Фонд «Единство», 2015. – 592 с.
7. Москаленко, В.Д. Зависимость: семейная болезнь: в семье зависимость от алкоголя или наркотиков: как выжить тем, кто рядом? / В.Д. Москаленко. – 7-е изд., стер. – Москва: Ин-т консультирования и систем. решений, 2014. – 351 с.
8. Роналд, Т. Поттер-Эфрон Стыд, вина и алкоголизм: клиническая практика / Т. Поттер-Эфрон Роналд. – Москва: Ин-т общегуманитар. исследований, 2002. – 406 с.
9. Короленко, Ц.П. Аддиктология: настольная книга: учеб. пособие по психотерапии, психиатрии, наркологии, практической и клинической психологии, психологическому консультированию, медиации / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева. – Москва: Ин-т консультирования и системных решений, 2012. – 536 с.

10. Михайлов, В.И. Современные проблемы реабилитации в наркологии / В.И. Михайлов, Б.А. Казаковцев, А.А. Чуркин // Наркология. – 2002. – № 1. – С. 40–42.
11. Тиганов, А.С. Руководство по психиатрии: в 2 т. / А.С. Тиганов, А.В. Снежневский, Д.Д. Орловская. – М.: Медицина, 1999. – Т. 1. – 712 с.
12. Buu, Anne. Parent, Family, and Neighborhood Effects on the Development of Child Substance Use and Other Psychopathology From Preschool to the Start of Adulthood / Anne Buu, Cydney DiPiazza, Jing Wang // Journal of studies on alcohol and drugs. – 2009. – Vol. 70, № 4. – P. 489–498.
13. Capone, Christy. Fraternity and sorority involvement, social influences, and alcohol use among college students: A prospective examination / Christy Capone, Mark D Wood, Brian Borsari // Psychology of addictive behaviors. – 2007. – Vol. 21, № 3. – P. 316–327.
14. Carey, K.B. Individual-level interventions to reduce college student drinking: A meta-analytic review / K.B. Carey, Lori A. J Scott-Sheldon, Michael P. Carey // Addictive behaviors. – 2007. – Vol. 32, № 11. – P. 2469–2494.
15. Casswell, S. Socioeconomic status and drinking patterns in young adults / S. Casswell, M. Pledger, R. Hooper // ADDICTION. – 2003. – Vol. 98, № 5. – P. 601–610.
16. Challier, B. Associations of family environment and individual factors with tobacco, alcohol and illicit drug use in adolescents / B. Challier, N. Chau, R. Predine // European journal of epidemiology. – 2000. – Vol. 16, № 1. – P. 33–42.
17. Chaloupka, FJ. Binge drinking in college: The impact of price, availability, and alcohol control policies / FJ. Chaloupka, H. Wechsler // Contemporary economic policy. – 1996. – Vol. 14, № 4. – P. 112–124.
18. Chassin, L. Trajectories of alcohol and drug use and dependence from adolescence to adulthood: The effects of familial alcoholism and personality / L. Chassin, DB. Flora, KM. King // Journal of abnormal psychology. – 2004. – Vol. 113, № 4. – P. 483–498.
19. Chassin, L. Binge drinking trajectories from adolescence to emerging adulthood in a high-risk sample: Predictors and substance abuse outcomes / L. Chassin, SC. Pitts, J. Prost // Journal of consulting and clinical psychology. – 2004. – Vol. 70, № 1. – P. 67–78.
20. Clark, DB. Childhood risk categories for adolescent substance involvement: a general liability typology / DB. Clark, JR. Cornelius, L. Kirisci // Drug and alcohol dependence. – 2005. – Vol. 77, № 1. – P. 13–21.
21. Дмитриева, Н.В. Структурные компоненты идентичности в период адаптационного кризиса у студентов-гуманитариев / Н.В. Дмитриева [и др.]. // Гуманитарные науки и образование в Сибири. – 2011. – № 8. – С. 8–13.

22. Карпинский, К.В. Психологическая коррекция смысловой регуляции жизненного пути девиантной личности: монография / К.В. Карпинский; под ред. Т.К. Комаровой. – Гродно: ГрГУ, 2000. – 139 с.
23. Короленко, Ц.П. Структура аддикций и их терапевтическая локализация / Ц.П. Короленко, Т.А. Шпике // Журнал экспериментальной и клинической медицины. – 2003. – № 2–3. – С. 52–55.
24. Иванов, В.В. Ковчег или школа трезвости доктора Иванова / В.В. Иванов. – Минск: КИИ, 2015. – 127с.
25. Короленко, Ц.П. Идентичность. Развитие. Перенасыщенность. Бегство: монография / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева, Е.Н. Загоруйко. – Новосибирск: Изд-во: НГПУ, 2007. – 472 с.
26. Кондратенко, В.Т. Общая психотерапия / В.Т. Кондратенко, Д.И. Донской. – Минск, 1999. – 524 с.
27. Психология и лечение зависимого поведения / под ред. С. Даулинга; пер. с англ. Р.Р. Муртазина. – М.: Независимая фирма «Класс», 2000. – 240 с.
28. Малкина-Пых, И.Г. Виктимология. Психология поведения жертвы / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2010. – 1150 с.
29. Cloninger, CR. Childhood personality predicts alcohol-abuse in young-adults / Cr. Cloninger, S. Sigvardsson, M. Bohman // Alcoholism-clinical and experimental research. – 1988. – Vol. 12, № 4. – P. 494–505.
30. Coate, D. Effects of alcoholic beverage prices and legal drinking ages on youth alcohol-use / D. Coate, M. Grossman // Journal of Law & Economics. – 1988. – Vol. 31, № 1. – P. 145–171.
31. Coie, JD. The science of prevention – a conceptual-framework and some directions for a national research-program / JD. Coie, NF. Cloninger, SG. West // American Psychologist. – 1993. – Vol. 48, № 10. – P. 1013–1022.
32. Copeland, William E. Childhood and Adolescent Psychiatric Disorders as Predictors of Young Adult Disorders / William E. Copeland, Lilly Shananahan, E. Jane Costello // Archives of general psychiatry. – 2009. – Vol. 66, № 7. – P. 764–772.
33. Costa, FM. Transition into adolescent problem drinking: The role of psychosocial risk and protective factors / FM. Costa, R. Turbin, MS. Jessor // Journal of studies on alcohol. – 1999. – Vol. 60, № 4. – P. 480–490.
34. Ханзян, Эдвард Дж. Уязвимость сферы саморегуляции у аддиктивных больных: возможные методы лечения / Эдвард Дж Ханзян // Психология и лечение зависимого поведения / под ред. С. Даулинга; пер. с англ. Р.Р. Муртазина. – М.: Класс, 2000. – С. 183–196.
35. Ясперс, К. Общая психопатология / К. Ясперс // пер. с нем. Л.О. Акопяна; под ред. В.Ф. Войцеха, О.Ю. Бойцовой. – М.: Практика, 1997. – 1056 с.
36. Наркология: нац. руководство / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.

37. Руководство по наркологии / под ред. Н.Н. Иванца. – 2-е изд., испр., доп. и расш. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2008. – 944 с.
38. Горски, Т.Т. Остаться трезвым – руководство по предотвращению срыва / Т. Горски, М. Миллер. – М.: Школа независимости, 2015. – 236 с.
39. Егоров, А.Ю. Возрастная наркология: учеб. пособие / А.Ю. Егоров. – СПб.: Дидактика Плюс; Москва: Ин-т общегуманитарных исследований, 2002. – 272 с.
40. Егоров, А.Ю. Клиника и психология девиантного поведения: учебник / А.Ю. Егоров, С.А. Игумнов. – СПб.: Речь, 2010. – 398 с.
41. Завьялов, В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости / В.Ю. Завьялов. – Новосибирск: Наука, 1988. – 198 с.
42. Кондрашенко, В.Т. Алкоголизм: учеб. пособие / В.Т. Кондрашенко, А.Ф. Скугаревский. – Минск: Беларусь, 1983. – 288 с.
43. Скугаревская, Е.И. Клинико-биологические корреляции в системе оценки прогрессивности алкоголизма: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.45 / Е.И. Скугаревская. – Москва: МГМИ, 1990. – 497 л.
44. Сирота, Н.А. Профилактика наркомании и алкоголизма: учеб. пособие / Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский. – Москва: Академия, 2008. – 176 с.
45. Менделевич, В.Д. Зависимость и коморбидные расстройства поведения (психологические и психопатологические аспекты) / В.Д. Менделевич. – Москва: МЕДпресс-информ, 2003. – 328 с.
46. Копытов, А.В. Алкогольная зависимость у подростков (клиника, диагностика, лечение): учеб.-метод. пособие / А.В. Копытов, А.А. Головач. – Минск: БелМАПО, 2004. – 75 с.
47. Копытов, А.В. Алкогольная зависимость у подростков и молодых людей мужского пола (социально-психологические аспекты): монография / А.В. Копытов. – Минск: БГУ, 2012. – 400 с.
48. Копытов, А.В. Клинико-генетические аспекты раннего алкоголизма у мужчин: монография / А.В. Копытов. – Минск: БГУ, 2012. – 480 с.
49. Менделевич, В.Д. Психология девиантного поведения: учеб. пособие / В.Д. Менделевич. – Москва: МЕДпресс-информ, 2001. – 432 с.
50. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. – СПб.: АДИС, 1994. – 328 с.
51. Courtney, Kelly E. Binge Drinking in Young Adults: Data, Definitions, and Determinants / Kelly E Courtney, John Polich // Psychological bulletin. – 2009. – Vol. 135, № 1. – P. 142–156.
52. DeJong, W. The role of mass media campaigns in reducing high-risk drinking among college students / W. DeJong // Journal of studies on alcohol. – 2002. – P. 182–192.
53. Руководство по наркологии: в 2 т. / под ред. Н.Н. Иванца. – М.: Медпрактика-М., 2002. – Т. 2. – 504 с.

54. Короленко, Ц.П. Психосоциальная наркология / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева. – Новосибирск: Изд-во «Олсиб», 2001. – 251 с.
55. Miller, W.R. Terapia uzaleznien: podrecznik dla profesjonalistow / W.R. Miller, A.A. Forcehimes, A. Zweben. – Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellonskiego, 2014. – 526 s.
56. Woronowicz, B.T. Uzaleznienia. Geneza, terapia, powrot do zdrowia / B.T. Woronowicz. – Poznan: Media Rodzina, 2009. – 628 s.
57. Автономов, Д.А. Реабилитационные программы / Д.А. Автономов; под общ. ред. О.В. Зыкова. – М.: РБФ НАН, 2012. – 448 с. – (Серия «Правовая наркология»; вып. 4).
58. Игумен Иона (Займовский). Странички трезвости / Игумен Иона (Займовский). – М.: Триада, 2015. – 400 с.
59. Donovan, J. Adolescent Alcohol Initiation: A Review of Psychosocial Risk Factors / J. Donovan // J Adolesc Health. – 2004. – Vol. 35. – P. 529–538.
60. Duncan, Greg J. Cleaning up their act: the effects of marriage and cohabitation on licit and illicit drug use / Greg J. Duncan, Bessie Wilkerson, Paula England // Конференция: Annual Meeting of the Population-Association-of-America Местоположение: Minneapolis, MN публ.: may 01-03, 2003. Demography. – Vol. 43, № 4. – P. 691–710.
61. Engels, RCME. Long-term effects of family functioning and child characteristics on problem drinking in young adulthood / RCME Engels, AA Vermulst, JS Dubas // European addiction research. – 2005. – Vol. 11, № 1. – P. 32–37.
62. Fang, Xiangming. Child maltreatment, youth violence, and intimate partner violence – Developmental relationships / Xiangming Fang, Phaedra S. Corso // American journal of preventive medicine. – 2007. – Vol. 33, № 4. – P. 281–290.
63. Ferdinand, RF. Psychopathology in adolescence predicts substance use in young adulthood / RF. Ferdinand, M. Blum, FC Verhulst // Addiction / – 2001. – Vol. 96, № 6. – P. 861–870.
64. Flory, K. Adolescent through young adult alcohol and marijuana use trajectories: Early predictors, young adult outcomes, and predictive utility / K. Flory, D. Lynam, R. Milich // Development and psychopathology. – 2004. – Vol. 16, № 1. – P. 193–213.
65. Егоров, А.Ю. Психология девиантного поведения: учеб. пособие для студентов учреждений высш. образования по специальностям «Психология», «Практическая психология» / А.Ю. Егоров, С.А. Игумнов. – 2-е изд., стер. – Минск: Адукацыя і выхаванне, 2023. – 447 с.
66. Короленко, Ц.П. Социодинамическая психиатрия / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева. – М.: Акад. проект; Екатеринбург: Деловая книги, 2000. – 460 с.
67. Короленко, Ц.П. Идентичность в норме и патологии / Ц.П. Короленко, Н.В., Дмитриева, Е.Н. Загоруйко. – Новосибирск, 2000. – 256 с.

68. Хриптович, В.А. Психология неблагополучной семьи: учеб.-метод. пособие / В.А. Хриптович. – Минск: РИВШ, 2022. – 259 с.
69. Хриптович, В.А. Как помочь подростку избежать проблем. Психологические аспекты профилактики химической зависимости: пособие для педагогов учреждений общего среднего образования с белорусским и русским языками обучения / В.А. Хриптович. – Минск: Нац. ин-т образования, 2022. – 294 с.
70. Кэррел, С. Групповая психотерапия подростков / С. Кэррел. – СПб.: Изд-во «Питер», 2001. – 224 с.
71. Левина, Л.В. Специфика индивидуально-психологических особенностей личности с различными видами отклоняющегося поведения / Л.В. Левина, Н.В. Дмитриева // Мир науки, культуры, образования. – Барнаул: АПТИКА, 2011. – № 1(26). – С. 201–208.
72. Леонова, Л.Г. Вопросы профилактики аддиктивного поведения в подростковом возрасте / Л.Г. Леонова, Н.Л. Бочкарева // Психология зависимости: хрестоматия / сост. К.В. Сельченко. – Минск: Харвест, 2007. – С. 449–501.
73. Менделевич, В.Д. Психология девиантного поведения: учеб. пособие / В.Д. Менделевич. – СПб.: Речь, 2005. – 445 с.
74. Менделевич, В.Д. Концепция зависимой личности (психология и психопатология зависимого поведения) / В.Д. Менделевич // Руководство по аддиктологии / под ред. В.Д. Менделевича. – СПб.: Изд-во «Речь», 2007. – С. 42–62.
75. Прутченков, А.С. Социально-психологический тренинг межличностного общения / А.С. Прутченков. – М.: Знание, 1991. – 48 с.
76. Прутченков, А.С. Тренинг личностного роста: метод. разработки занятий / А.С. Прутченков. – М., 1993. – 48 с.
77. Прутченков, А.С. «Свет мой, зеркальце, скажи...»: метод. разработки соц.-психол. тренингов / А.С. Прутченков – М.: Нов. шк., 1996. – 144 с.
78. Прутченков, А.С. Школа жизни: метод. разработки соц.-психол. тренингов / А.С. Прутченков. – М.: Нов.шк., 2007. – 156 с.
79. Пузиков, В.Г. Технология ведения тренинга / В.Г. Пузиков. – СПб.: Изд-во «Речь», 2007. – 224 с.
80. Цветков, Э.А. Тайные пружины человеческой психики / Э.А. Цветков. – СПб.: Изд-во «Питер», 2002. – 49 с.
81. Минко, А.И. Анализ показателя качества жизни у лиц, зависимых от алкоголя / А.И. Минко [и др.] // Український медичний альманах. – 2004. – Т. 7, № 4 (додаток). – С. 83–85.
82. Миронова, Н.В. Факторы психологической адаптации больных с алкогольной зависимостью на разных сроках ремиссии: дис. ... канд. психол. наук / Н.В. Миронова. – СПб., 2002. – Л. 227.

83. Ли, А.А. Исследование психологических особенностей лиц с алкогольной зависимостью / А.А. Ли // Скиф. – 2019. – № 11(39). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-psihologicheskikh-osobennostey-lits-s-alkogolnoy-zavisimostyu> (дата обращения: 16.06.2023).
84. Fothergill, KE. Childhood and adolescent antecedents of drug and alcohol problems: A longitudinal study / KE. Fothergill, ME Ensminger // Drug and alcohol dependence. – 2006. – Vol. 82, № 1. – P. 61–76.
85. Frank, DA. Growth, development, and behavior in early childhood following prenatal cocaine exposure: a systematic review / DA. Frank, M. Augustyn, WG. Knight // Jama-journal of the american medical association. – 2001. – Vol. 285, № 12. – P. 1613–1625.
86. Franks, P. Cigarette prices, smoking, and the poor: Implications of recent trends / P. Franks, Anthony F. Jerant, J. Paul Leigh // American journal of public health. – 2007. – Vol. 97, № 10. – P. 1873–1877.
87. Канаркевич, О.С. Деструктивные изменения личности у алкогольных аддиктов / О.С. Канаркевич // Изв. ЮФУ. Технические науки. – 2006. – № 14. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/destruktivnye-izmeneniya-lichnosti-u-alkogolnyh-addiktov> (дата обращения: 17.06.2023).
88. Юнг, В.К. Психотерапия алкогольной зависимости русскоязычных переселенцев в Германии / В.К. Юнг // Изв. ЮФУ. Технические науки. – 2006. – № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihoterapiya-alkogolnoy-zavisimosti-russkoyazychnyh-pereselentsev-v-germanii> (дата обращения: 17.06.2023).
89. Канаркевич, О.С. Представления о развитии трезвеннической установки аддиктов в психоанализе, гештальти психодинамическом подходе / О.С. Канаркевич // Изв. ЮФУ. Технические науки. – 2006. – № 13. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/predstavleniya-o-razvitii-trezvennicheskoy-ustanovki-addiktov-v-psihoanalize-geshtalti-psihodinamichesk-podhodah> (дата обращения: 17.06.2023).
90. Логинов, С.А. Вклад отечественной психотерапии в лечение больных алкоголизмом / С.А. Логинов // European research. – 2016. – № 9 (20). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vklad-otechestvennoy-psihoterapii-v-lechenie-bolnyh-alkogolizmom> (дата обращения: 19.06.2023).
91. Шарапов, С.С. Алкоголизм как бесшумное средство уничтожения народа / С.С. Шарапов // Науч. вестн. Моск. гос. техн. ун-та гражд. авиации. – 2008. – № 137. – С. 91–94.
92. Менделевич, В.Д. Наркозависимость / В.Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 327 с.
93. Федотов, А.Ю. Основы индивидуальной и групповой психотерапии / А.Ю. Федотов. – М.: Юнита, 2003. – 287 с.
94. Симонова, Е.М. Возможности когнитивного подхода в психотерапии химической зависимости / Е.М. Симонова // Консультативная психология и психотерапия. – 2001. – Т. 9, № 4. – С. 132–143.

95. Симонова, Е.М. Возможности когнитивного подхода в психотерапии химической зависимости / Е.М. Симонова // Моск. психотерапевт. журнал / Т.В. Снегирева [гл. ред.]. – 2001. – № 4. – С. 132–143. – URL: <https://psychlib.ru/inc/absid.php?absid=57374>.
96. Попова, Е.И. Особенности психологического сопровождения наркозависимых в процессе немедикаментозной реабилитации / Е.И. Попова, Н.В. Карпова // АНИ: педагогика и психология. – 2018. – № 1(22). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-psihologicheskogo-soprovozhdeniya-narkozavisimyh-v-protssesse-nemedikamentoznoy-reabilitatsii> (дата обращения: 20.06.2023).
97. Логинов, С.А. Применение психоанализа для лечения больных алкоголизмом / С.А. Логинов // European research. – 2016. – № 9(20). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/primenenie-psihoanaliza-dlya-lecheniya-bolnyh-alkogolizmom> (дата обращения: 19.06.2023).
98. Нашкенова, А.М. Основные психотерапевтические подходы к лечению алкоголизма / А.М. Нашкенова // Вестн. КазНМУ. – 2015. – № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osnovnye-psihoterapevticheskie-podhody-k-lecheniyu-alkogolizma> (дата обращения: 19.06.2023).
99. Адлер, А. Понять природу человека / А. Адлер; пер. Е.А. Цыпина – СПб.: Акад. проект, 1997. – 256 с.
100. Маданес, К. Стратегическая семейная терапия / К. Маданес. – М., 1999. – 272 с.
101. Григорьева, И.В. Взаимосвязь алекситимии и аффективно-личностных свойств у лиц с зависимостью от алкоголя / И.В. Григорьева [и др.] // Проблемы здоровья и экологии. – 2018. – № 4(58). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vzaimosvyaz-aleksitimii-i-affektivno-lichnostnyh-svoystv-u-lits-s-zavisimostyu-ot-alkogolya> (дата обращения: 20.06.2023).
102. Плоткин, Ф.Б. Алекситимия: общая концепция, роль в формировании и поддержании аддикции, подходы к психотерапии / Ф.Б. Плоткин // Теория и практика психотерапии. – 2015. – № 9. – С. 40–53.
103. Смаджа, К. Опературная жизнь. Психоаналитические исследования / К. Смаджа. – М., 2014. – 256 с.
104. Тархан, А.У. Нейропсихологические механизмы алекситимии и ее связь с алкогольной анозогнозией / А.У. Тархан // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 2013. – № 1. – С. 71–90.
105. Тархан, А.У. Роль алекситимии в развитии эмоциональных и невротоподобных расстройств при алкогольной зависимости / А.У. Тархан, С.П. Ерошин // Обозрение психиатрии и мед психологии им. В.М. Бехтерева. – 2013. – № 4. – С. 51–70.
106. Илюк, Р.Д. Характеристика эмоциональных расстройств у зависимых от психоактивных веществ / Р.Д. Илюк, Д.И. Громыко, И.В. Бернобеллекур // Вестн. С-Петербур. ун-та. Медицина. – 2011. – № 2. URL:

<https://cyberleninka.ru/article/n/harakteristika-emotsionalnyh-rasstroystv-u-zavisimyh-ot-psihoaktivnyh-veschestv> (дата обращения: 21.06.2023).

107. Зайцев, Д.В. Психосоциальные аспекты взаимосвязи алекситимии и аддикции у молодежи / Д.В. Зайцев, Ю.В. Селиванова // Изв. Саратов. ун-та. Сер. Философия. Психология. Педагогика. – 2017. – Т. 17, №1. – С. 62–66.

108. Ильинский, С.В. Психологические особенности лиц, прошедших комплексную реабилитацию от алкогольной зависимости / С.В. Ильинский // Вест. Самар. гуманит. акад. Сер. Психология. – 2016. – № 1. – С. 88–99.

109. Эйдемиллер, Э.Г. Семейная психотерапия / Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкий. – Л.: Медицина, 1989. – 192 с.

110. Варга, А.Я. Введение в системную семейную психотерапию / А.Я. Варга. – 2-е изд. стер. – М.: Когито-Центр, 2012. – 182 с.

111. Кандыба, В.М. Триста техник глубокого гипноза: в 2 т. / В.М. Кандыба. – СПб.: Изд-во «Лань», 2001. – Т. 1. – 400 с.

112. Кандыба, В.М. Триста техник глубокого гипноза: в 2 т. / В.М. Кандыба. – СПб.: Изд-во «Лань», 2001. – Т. 2. – 464 с.

113. Стивен, Г. Терапевтические трансы: Руководство по эриксоновской гипнотерапии / Г. Стивен; пер. с англ. А.Д. Иорданского. – Доп., испр. – М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2011. – 448 с.

114. Кроль, Л.М. Образы и метафоры в интегративной гипнотерапии / Л.М. Король. – М.: Независимая фирма «Класс», 1999. – 128 с.

115. Довженко, А.Р. Стрессопсихотерапия больных алкоголизмом в амбулаторных условиях / А.Р. Довженко [и др.] // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1988. – Т. XXXVIII, № 2. – С. 94–97.

116. Velasco, C. Perceived emotional intelligence, alexithymia, coping and emotional regulation / C. Velasco, I. Fernández, D. Páez // Psicothema. – 2006. – № 18. – P. 89–94.

117. Rachel, V. Affect labeling and other aspects of emotional experiences in relation to alexithymia following standardized emotion inductions / V. Rachel, M.A. Snodgrass, S.D. Blain, S. Park // Psychiatry research. – 2018. – Vol. 262. – P. 115–123.

118. Агибалова, Т.В. Аффективные расстройства при алкогольной, опиатной и игровой зависимости (клиника и терапия глупия): автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Т.В. Агибалова. – М., 2007. – 47 с.

119. Альтшулер, В.Б. Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии / В.Б. Альтшулер. – М.: Изд. дом «Имидж», 1994. – 216 с.

120. Анохина, И.П. Биологические основы лечения алкоголизма антидепрессантами / И.П. Анохин // Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психотропным веществам / под ред. Н.Н. Иванца. – М., 2000. – С. 17–21.

121. Валентик, Ю.В. Континуальная психотерапия больных алкоголизмом: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Ю.В. Валентик. – М., 1993. – 10 с.

122. Дюбуа, П. О психотерапии / П. Дюбуа. – М.: Наука, 1911. – 131 с.
123. Ерышев, О.Ф. Этапы течения ремиссий при алкоголизме и профилактика рецидивов: дис. ... д-ра мед. наук (в виде научного доклада) / О.Ф. Ерышев. – СПб., 1998. – 58 с.
124. Ерышев, О.Ф. Дифференцированные методы психофармакотерапии больных алкоголизмом: метод. рекомендации / О.Ф. Ерышев, Т.Г. Рыбакова. – Л.: НИПИ им. В.П. Бехтерева, 1990. – 16 с.
125. Руководство для врачей: Алкогольная зависимость (формирование, течение, противорецидивная терапия). – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2002. – 192 с.
126. Иванец, Н.Н. Место антидепрессантов в терапии патологического влечения к алкоголю / Н.Н. Иванец // Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психотропным веществам; под ред. Н.Н. Иванца. – М., 2000. – 80 с.
127. Руководство по наркологии / Науч.-исслед. ин-т наркологии Минздрава России; под ред. Н.Н. Иванца: в 2 т. – Москва: Медпрактика-М, 2002. – Т. 1. – 443 с.
128. Стреленко, А.А. Социальная перцепция и отношения с детьми в приемных семьях: монография / А.А. Стреленко; М-во образования Респ. Беларусь, Учреждение образования «Витебский государственный университет имени П.М. Машерова». – Витебск: ВГУ имени П.М. Машерова, 2020. – 120 с.
129. Wolpe, J. Experimental neuroses as learned behavior / J. Wolpe // Br. J. Psychol. – 1952. – Vol. 43. – P. 243–268.
130. Агибалова, Т.В. Психотерапия в наркологии (обзорная статья) / Т.В. Агибалова, О.Ж. Бузик // Рос. медико-биол. вести. – 2007. – № 2. – С. 90–96.
131. Взрослые дети алкоголиков: семья, работа, отношения / Дженет Дж. Войтиц; пер. с англ. А. Лучиной. – Москва: Класс, 2014. – 363 с.
132. Клауд, Г. Взрослые дети: как получить недополученное от жизни / Г. Клауд [и др.]. – М.: Триада, 2019. – 248 с.
133. Маршалл, Ш. Паутина Любви / Ш. Маршалл. – Коллорадо, Литтлтон: Фантазма Пабблишинг, 1993. – 246 с.
134. Агибалова, Т.В. Применение мотивационной психотерапии при лечении больных алкогольной зависимостью / Т.В. Агибалова, Л.Ю. Эпов // Клинико-экспериментальные аспекты общей патологии: сб. научн. тр. межрегион. науч.-практ. конф. / под ред. Ю.Ю. Бяловского. – Рязань, 2004. – С. 93–96.
135. Батищев, В.В. Опыт адаптации миннесотской модели лечения зависимости в стационарном психотерапевтическом отделении для больных алкоголизмом / В.В. Батищев // Вопр. наркологии. – 2000. – № 2. – С. 38–44.
136. Белокрылов, И.В. Общие характеристики личностного предрасположения к зависимости от психоактивных веществ (проблема

«преаддиктивной личности») / И.В. Белокрылов // *Вопр. наркологии* – 2005. – № 1. – С. 48–55.

137. Белокрылов, И.В. Расстройства личности у больных с зависимостью от психоактивных веществ: вопросы типологии и динамики / И.В. Белокрылов // *Вопр. наркологии* – 2004. – № 5. – С. 37–45.

138. Белокрылов, И.В. Сравнительное исследование личностных характеристик больных алкоголизмом и опийной наркоманией / И.В. Белокрылов, Н.А. Грюнталь // *Наркология*. – 2006. – № 4. – С. 42–44.

139. Белокрылов, И.В. Психотерапия наркологических больных / И.В. Белокрылов, И.Д. Даренский, И.Н. Ровенских // *Руководство по наркологии: в 2 т.* / под ред. Н.Н. Иванца. – М.: Медпрактика-М, 2002. – Т. 2. – С. 120–171.

140. Блум, Дж. Психоаналитические теории личности / пер. с англ. – М.: Акад. проект; Екатеринбург: Деловая книга, 1999. – 224 с.

141. Бурно, М.Е. Вопросы клиники и психотерапии алкоголизма и неврозов / М.Е. Бурно. – М.: ЦОЛИУВ, 1981. – 43 с.

142. Валентик, Ю.В. Современные методы психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ / Ю.В. Валентик // *Лекции по наркологии* / под ред. Н.Н. Иванца. – М.: Нолидж, 2000. – С. 309–340.

143. Вид, В.Д. Современная клиническая психиатрия / В.Д. Вид, Ю.В. Попов. – СПб.: Речь, 2002. – 402 с.

144. Дудко, Т.Н. Реабилитация наркологических больных / Т.Н. Дудко // *Руководство по наркологии* / под ред. Н.Н. Иванца. – М., 2002. – Т. 2. – С. 222–270.

145. Дудко, Т.Н. Уровни реабилитационного потенциала наркологических больных как основа дифференцированной системы их медико-социальной реабилитации / Т.Н. Дудко // *Вопр. наркологии*. – 2000. – № 3. – С. 13–20.

146. Зыков, О.В. Духовно ориентированные методы лечения наркологических заболеваний / О.В. Зыков, М.Г. Цетлин // *Лекции по наркологии* / под ред. Н.Н. Иванца. – М., 2000. – С. 406–411.

147. Иванец, Н.Н. Современная концепция терапии наркологических заболеваний / Н.Н. Иванец, М.А. Винникова // *Руководство по наркологии: в 2 т.* / под ред. Н.Н. Иванца. – М.: Медпрактика-М, 2002. – Т. 2. – С. 6–24.

148. Карвасарский, Б.Д. Психотерапия: учебник / Б.Д. Карвасарский. – 3-е изд. – СПб.: Питер, 2007. – 672 с.

149. Кернберг, О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии / О.Ф. Кернберг; пер. с англ. М.И. Завалова. – М.: Независимая фирма «Класс», 2000. – 464 с.

150. Куттер, П. Современный психоанализ / П. Куттер; пер. с нем. В. Зеленского. – СПб., 1997. – 351 с.

151. Люрссен, Э. Проблема наркомании с точки зрения современного психоанализа / Э. Люрссен // *Энциклопедия глубинной психологии: в 4 т.* /

под ред. А.М. Боковикова; пер. с нем. – М.: Когито-Центр, МГМ, 2001. – Т. 2. – С. 103–133.

152. Макаров, В.В. Избранные лекции по психотерапии / В.В. Макаров – М.: Акад. проект; Екатеринбург: Деловая книга, 1999. – 416 с.

153. Мак-Вильямс, Н. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе / Н. Мак-Вильямс; пер. с англ. – М., 1998. – 480 с.

154. Москаленко, В.Д. Аддиктивные процессы в семье и проблема созависимости // Психическое здоровье. – 2006. – № 10. – С. 30–35.

155. Москаленко, В.Д. Влияние алкоголизма и наркомании на семью: проблема созависимости / В.Д. Москаленко // Качество жизни. Медицина. Пограничные психические расстройства. – 2006. – № 1(12). – С. 76–82.

156. Мучник, М.М. Психотерапия шизофрении (обзор литературы) / М.М. Мучник // Форум психотерапевтов. – 1998. – № 1. – С. 5–22.

157. Приц, А. Психотерапия – наука о субъективном / А. Приц, Х. Тойфельхард // Психотерапия: новая наука о человеке / под ред. А. Прица; пер. с нем. – Екатеринбург: Деловая книга; М.: Акад. проект, 1999. – С. 10–29.

158. Психология и лечение зависимого поведения / под ред. С. Даулинга; пер. с англ. Р.Р. Муртазина. – М.: Независимая фирма «Класс», 2000. – 240 с.

159. Психотерапия: новая наука о человеке / под ред. А. Прица; пер. с нем. – Екатеринбург: Деловая книга; М.: Акад. проект, 1999. – 426 с.

160. Рохлина, М.Л. Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение / М.Л. Рохлина, А.А. Козлов. – М., 2001. – 208 с.

161. Тхостов, А.Ш. Дефицитарность внутреннего контроля у больных опийной наркоманией / А.Ш. Тхостов [и др.] // Психологические аспекты зависимостей: сб. ст. / под ред. А.Ш. Тхостова, С.П. Елшанского. – М.: Науч. мир, 2005. – С. 6–15.

162. Фенихель, О. Психоаналитическая теория неврозов / О. Фенихель. – М.: Акад. проект, 2004. – 848 с.

163. Фильц, А. Место психотерапии между психиатрией и психологией / А. Фильц // Психотерапия: новая наука о человеке / под ред. А. Прица; пер. с нем. – Екатеринбург: Деловая книга; М.: Акад. проект, 1999. – С. 281–295.

164. Фрейд, З. Лекции по введению в психоанализ: в 2 т. / З. Фрейд. – М., СПб., 1922. – Т. 2. – 286 с.

165. Шустов, Д.И. «Несуицидальное» аутоагрессивное поведение при алкоголизме / Д.И. Шустов, Ю.В. Валентик // Вопр. наркологии. – 2001. – № 4. – С. 32–43.

166. Эйдемиллер, Э.Е. Современная психотерапия / Э.Е. Эйдемиллер, Н.В. Александрова, В. Юстицкис. – СПб.: Питер, 2000. – 512 с.

167. Andreasen, N. Personality disorders ductory Textbook of psychiatry / N. Andreasen, D.W. Black. – Arlington, 2000. – P. 457–489.
168. Beck, A.T. Cognitive therapy and the emotional disa / A.T. Beck. – New York: International Universities Press, 1976. – 347 p.
169. Ellis, A. Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach / A. Ellis. – New Jersey: Citadel Press, 1975. – 423 p.
170. Kohut, H. The Analysis of the Self / H. Kohut. – New York: International Universities Press, 1971. – 420 p.
171. Leichsenring, F. Are psychodynamic and psyche therapies effective? A review of empirical data / F. Leichsenring // Psychoanal. – 2005. – № 86. – Pt. 3. – P. 841–868.
172. Pressman, M.A. Group: therapy for adolescents comorbid for substance abuse and psychiatric problems: a relational construction ist/ approach / M.A. Pressman, P. Kymissis, R. Hauben // Int. J. Group. Psychother. – 2001. – Vol. 1, No. 51. – P. 83–100.
173. Yalom, I. The theory and practice of group psychotherapy / I. Yalom. – New York, 1975. – 468 p.
174. Gorski, T.T. The CENAPS Model of Relapse Prevention Therapy (CMPT). Approaches to Drug Abuse Counseling / T.T. Gorski. – NIDA, 2000. – P. 23–38.
175. Miller, W.R. Motivation Enhancement Therapy: Description of Counseling Approach. Approaches to Drug Abuse Counseling / W.R. Miller. – NIDA, 2000. – P. 99–106.
176. Prochaska J.O. Systems of psychotherapy: A transisetheoretical analysis / J.O. Prochaska. – Homewood, IL: Dosey Press, 1977. – 701 p.
177. Системы психотерапии: пособие для специалистов в обл. психотерапии и психологии / Дж. Прохазка, Дж. Норкросс. – 6-е междунар. изд. – СПб.: Прайм-Еврознак; М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2005 (ПФ Красный пролетарий). – 383 с.
178. Rollnick, S. Health Behavior Change. A Guide for practitioners / S. Rollnick, P.Mason, C. Butler. – Churchill Livingstone, 1999. – 225 p.
179. Кожевникова, Д.А. Особенности формирования социального и личностного опыта на различных этапах детства / Д.А. Кожевникова // Изв. Саратов. ун-та. Нов. сер. Сер. Акмеология образования. Психология развития. – 2012. – Т. 1, № 4. – С. 115–123.
180. Кущёва, Н. С. Особенности самооценки и межличностных отношений пациентов, перенесших алкогольные психозы / Н.С. Кущёва // Наука и современность. 2011. № 13-1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-samootsenki-i-mezhlichnostnyh-otnosheniy-patsientov-perenesshih-alkogolnye-psihozy> (дата обращения: 23.06.2023).
181. Овчинникова, А.Г. Формирование самосознания личности в аспекте ее самореализации / А.Г. Овчинникова // Новая психология професси-

онального труда педагога: от нестабильной реальности к устойчивому развитию. – 2021. – № 2. – С. 333–335 (doi:10.24412/cl-36422-2021-1-333-335).

182. Чеснокова, И.И. Проблема самосознания в психологии / И.И. Чеснокова. – М.: Наука, 1977. – 144 с.

183. Столин, В.В. Самосознание личности / В.В. Столин. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1983. – 288 с.

184. Пантилеев, С.Р. Самоотношение / С.Р. Пантилеев // Психология самосознания: хрестоматия. – Самара: БАХРАМ-М, 2000. – С. 208–242.

185. Крылова, Н.Н. Самосознание: строение и взаимодействие структурных компонентов / Н.Н. Крылова // Вестн. пенз. гос. ун-та. – 2015. – № 1(9). – С. 36–40.

186. Леонтьев, А.Н. Деятельность. Сознание. Личность: учеб. пособие / А.Н. Леонтьев; науч. ред. и предисл. Д.А. Леонтьева. – 2-е изд., стер. – Москва: Смысл : Академия, 2005. – 345 с.

187. Сидоров, П.И. Наркологическая превентология / П.И. Сидоров. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – С. 15–43.

188. Кошкина, Е.А. Медико-социальные и экономические последствия злоупотребления алкоголем в Российской Федерации / Е.А. Кошкина [и др.] [Электронный ресурс] // Электрон. науч. журнал «Социальные аспекты здоровья населения». – 2010. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru>. – Дата доступа: 15.10.2023.

189. Грязнов, А.Н. Межличностные отношения больных, страдающих алкоголизмом, в своей социальной группе / А.Н. Грязнов // Неврологический вестн. им. В.М. Бехтерева. – 2007. – № 3, 4. – С. 74–79.

190. Зенцова, Н.И. Специфические особенности самосознания («Я-концепции») как одна из составляющих синдрома комплекса психологических нарушений при зависимостях от психоактивных веществ / Н.И. Зенцова // Теория и практика общественного развития. – 2012. – № 9. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/spetsificheskie-osobennosti-samosoznaniya-ya-kontseptsii-kak-odna-iz-sostavlyayuschih-sindromokompleksa-psihologicheskikh-narusheniy> (дата обращения: 23.06.2023).

191. Соколова, Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности / Е.Т. Соколова. – М.: Изд-во МГУ, 1989. – 213 с.

192. Higgins, E.T. Self-concept discrepancy theory / E.T. Higgins [et al.] // Social Cognition. – 1985. – № 1. – P. 51–76.

193. Собчик, Л.Н. Психология индивидуальности / Л.Н. Собчик // Теория и практика психодиагностики. – СПб.: Речь, 2005 (ГУП Тип. Наука). – 621 с.

194. Pickworth, W.B. Effects of Self-reported Drug Use and Antisocial Behavior on Evoked Potentials in Adolescents / W.B. Pickworth, B.S. Brown, J.E. Hickey, C. Muntaner // Drug and Alcohol Dependence. – 1990. – № 25. – P. 105–110.

195. Лукьянов, В.В. Защитно-совладающее поведение и синдром «эмоционального выгорания» у врачей-наркологов, их коррекция и влияние на эффективность лечения больных: дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.04 / В.В. Лукьянов; С-Петерб. науч.-исслед. психоневролог. ин-т. – СПб., 2007. – 343 л.

196. Katherine, J. Karriker-Jaffe. What Happens After Treatment? Long-Term Effects of Continued Substance Use, Psychiatric Problems and Help-Seeking on Social Status of Alcohol-Dependent Individuals / J. Katherine [et al.] // *Alcohol and Alcoholism*. – 2018. – Vol. 53, № 4. – P. 394–402 (<https://doi.org/10.1093/alcalc/agy025>).

197. Wilson, Maria N. When parents supply alcohol to their children: Exploring associations with drinking frequency, alcohol-related harms, and the role of parental monitoring / Maria N. Wilson, Donald B. Langille, Rachel Ogilvie // *Drug and alcohol dependence*. – 2018. – Vol. 183, № 4. – P. 141–149.

198. Kuerbis, Alexis. More than taking a chair: The perceived group social dynamics of alcoholics anonymous related to changes in spiritual practices / Alexis Kuerbis, J. Scott Tonigan // *Alcoholism treatment quarterly*. – 2018. – Vol. 36, № 3. – P. 314–329.

199. 조명숙. Adaptation Process in the Workplace in Korean Adults with Alcohol Use Disorder / 조명숙, 안효자 // *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. – 2018. – Vol. 27, № 3. – P. 216–226.

200. 박종주. The Spirituality of Confession Permeates in 12-Step Program of Alcoholics Anonymous. / 박종주 // *Theological Perspective*. – 2018. – Vol. 202, № 3. – P. 128–169.

201. Sanger, Sally. The Role of Stories in Three Non-12 Step Alcohol Online Support Groups / Sally Sanger, Peter A. Bath, Jo Bates // 13th International Conference on Transforming Digital Worlds (iConference) Местоположение: Univ Sheffield, Informat Sch, Sheffield, ENGLAND MAR 25-28, 2018. Transforming digital worlds, iconference, 2018. – Lecture Notes in Computer Science. – Vol. 10766. – P. 126–131.

202. Jacobs, Liezille. Women's spiritually mediated stories about recovery from Alcohol Use Disorder: A brief report / Liezille Jacobs // *Journal of psychology in africa*. – 2018. – Vol. 28, № 5. – P. 416–419.

203. Bluma, L. The role of spirituality in alcohol abstinence self-efficacy amongst alcoholics anonymous members / L. Bluma // *Drugs and alcohol today*. – 2018. – Vol. 18, № 4. – P. 227–239.

204. Berretta, P. Knowledge of gestational alcohol drinking risks: results from a survey among Italian secondary school students / P. Berretta, A. Minutillo, S. Pichini // *Annali dell istituto superiore di sanita*. – 2018. – Vol. 54, № 2. – P. 127–134.

205. Gilbert, William C. Correlates of Recovery from Substance Use Disorders / William C. Gilbert, Brenda Kurz // *Journal of social work practice in the addictions*. – 2018. – Vol. 18, № 3. – P. 270–288.

206. Sanders, J. A gendered account of Alcoholics Anonymous (AA's) "Singleness of Purpose" / J. Sanders // *Alcoholism treatment quarterly*. – 2018. – Vol. 36. – № 3. – P. 293–313.

207. Словарь русского языка: в 4 т. / РАН, Ин-т лингвистич. исследований; под ред. А.П. Евгеньевой. – 4-е изд., стер. – М.: Рус. яз.; Полиграфресурсы, 1999. – Т. 1. А–Й. – 702 с.

208. Новый словарь русского языка. Толково-словообразовательный : Св. 136000 словар. ст., ок. 250000 семант. единиц: в 2 т. / Т.Ф. Ефремова. – Москва: Рус. яз., 2000. – Т.1. А-П. – 1168 с.

209. Анонимные алкоголики. С историями мужчин и женщин, вылечившихся от алкоголизма / пер. с англ. – 4-е изд. – *Alcogolics Ananymous World Services, Inc/ New-York city*, 2012. – 549 с.

210. Чаровская, К. День последней рюмки / Беларусь сегодня. – 04.04.2007. – URL: <https://www.sb.by/articles/den-posledney-ryumki.html?ysclid=llfhbc2q44389214732> (дата обращения: 17.08.2023).

211. Шаг 1. Малая группа по шагам // *Vesvalo*: сайт. – URL: <http://vesvalo.net/index.php?showtopic=10670> (дата обращения: 17.08.2023).

212. Анонимные алкоголики – взгляд изнутри [Текст] : [перевод]. – Киров: ОАО «Дом печати – ВЯТКА», 2011. – 24 с.

213. Жить трезвыми: некоторые методы сохранения трезвости, используемые членами Анонимных Алкоголиков / пер. с англ. – *Alcogolics Ananymous World Services, Inc/ New-York city*, 2012. – 62 с.

214. Двенадцать шагов, двенадцать традиций / пер. с англ. – *Alcogolics Ananymous World Services, Inc / New-York city*, 2012. – 72 с.

215. Флорес, Ф.Дж. Групповая психотерапия зависимостей / Ф.Дж. Флорес. – М.: Ин-т общегуманит. исследований, 2016. – 736 с.

216. Клиническая психология: учебник / Д.В. Воронцов [и др.]; под общ. ред. Е.Г. Шевыревой. – Ростов н/Д: Феникс, 2014. – 541 с.

217. Доброхотова, Т.А. Нейропсихиатрия / Т.А. Доброхотова. – Изд. 2-е, испр. – М.: Изд-во БИНОМ, 2013. – 304 с.

218. Фролова, Ю.Г. Медицинская психология: учеб. пособие / Ю.Г. Фролова. – Минск: Выш. шк., 2009. – 383 с.

219. Голубицкий, Е.А. Консультирование людей с зависимым поведением: практ. пособие для социальных работников / Е.А. Голубицкий, И.А. Лукьянович. – Минск: ЧПТУП «Колорград», 2014. – 48 с.

220. Аладьин, А.А. Материалы по подготовке семейных инструкторов-консультантов по химической зависимости / А.А. Аладьин [и др.]. – Минск, 2014. – 126 с.

221. Межведомственный регламент психологического сопровождения подростков и молодежи, отнесенных к группе риска по наркотизации. – Казань: ООО «Алекс Принт», 2022. – 100 с.

222. Феномен счастья в контексте био-психо-социо-духовного подхода: монография / под общ. ред. Л.Р. Фазлеевой. – Казань: ИД «МедДДоК», 2021. – 148 с.

223. Крестьянинова, Т.Ю. Организация психологического принимающего пространства для лиц с алкогольной аддикцией / Т.Ю. Крестьянинова // Психологическая студия: сб. ст. студентов, магистрантов, аспирантов, молодых исследователей каф. прикладной психологии ВГУ имени П.М. Машерова. – Витебск: ВГУ имени П.М. Машерова, 2020. – Вып. 13. – С. 142–144.

224. Доктор Боб и славные ветераны. Биография с воспоминаниями первых участников АА на Среднем Западе / пер. с англ. – Alcololics Anonymous World Services, Inc / New-York city, 1980. – 354 с.

225. Якушкин, Н.В. Поведение психологического исследования: пособие / Н.В. Якушкин. – Витебск: ВГУ имени П.М. Машерова, 2013. – 168 с.

226. Мужество меняться / пер. с англ. – Фонд обслуживания семейных групп «Ал-Анон». – Москва, 2009. – 378 с.

227. День за днем в Ал-Аноне / пер. с англ. – Al-Anon Family Group Headquarters, Inc. Virginia Beach, Virginia, 1996. – 382 с.

228. Анонимные переедающие / пер. с англ. – М.: Волшебный фонарь, 2017. – 245 с.

229. Молодцов, Р. Руководство по консультированию в РЦ / Р. Молодцов. – М., 2019. – 377 с.

230. Щекотинская, О. Как избавиться от синдрома ММ: Исповедь эмигрантки / О. Щекотинская. – [б. м.] : Изд. решения, 2017. – 428 с.

231. АА взрослеет. Краткая история АА / пер. с англ. – Киров: ОАО «Дом печати-ВЯТКА», 2008. – 327 с.

232. Харитонова, Г.В. Его зовут Борис: повесть / Г.В. Харитонова. – Минск: Моя литера, 2010. – 191 с.

233. Битти, М. Алкоголик в семье, или преодоление созависимости / М. Битти; пер. с англ. – М.: Физкультура и спорт, 1997. – 331 с.

234. Турецкова, А.А. Взаимосвязь аддиктивного поведения и креативности / А.А. Турецкова, Т.Ю. Крестьянинова // Психологический Vademecum. Метатеория: социокультурно-контекстуальная интердетерминация диалогизма: сб. науч. ст. – Витебск: ВГУ имени П.М. Машерова, 2022. – С. 316–320.

235. Банк технологий системы психологической помощи по профилактике социально-негативных явлений // Сайт Министерства по делам молодежи Республики Татарстан. Раздел – Государственная система управления психологической деятельности в Республике Татарстан // URL: <https://minmol.tatarstan.ru/bank-tehnologiy-sistemi-psiologicheskoy.htm> (дата обращения: 23.08.2022)

236. Битенский, В.С. Наркомания у подростков / В.С. Битенский, Б.Г. Херсонский, С.В. Дворян. – Киев: Здоровье, 1989. – 352 с.

237. Братусь, Б.С. Опыт изучения нарушений смысловой структуры личности при алкоголизме / Б.С. Братусь, Н.И. Евсикова // Профилактика рецидивов при алкоголизме и наркоманиях: сб. науч. тр. НИПНИ им. В.М. Бехтерева. – СПб., 1991. – С. 30–38.

238. Воеводин, И.В. Копинг – профилактика аддиктивного поведения студентов с учетом фактора родительской семьи. Новые методы лечения и реабилитации (заместительная терапия, психофармакология, психотерапия): сб. материалов междунар. конф. / И.В. Воеводин; под общ. ред. проф. В.Д. Менделевича. – Казань, 2004. – 73 с.

239. Волгина, Ф.М. Зависимость в молодежной среде: факторы формирования, методы профилактики / Ф.М. Волгина // Материалы Всерос. науч.-практ. конф., Казань, 25–26 сент., 2008. – Казань: РИЦ «Школа», 2008. – С. 153.

240. Франкл, В. Подсознательный бог: Психотерапия и религия / В. Франкл; пер. с нем. – М.: Альпина нон-фикшн, 2022. – 2018 с.

241. Фишер, Карл Эрик. Тяга. Всемирная история зависимости / Карл Эрик Фишер. – Изд-во: Individuum, 2023. – 560 с.

242. Шаг 2. Малая группа по шагам // Vesvalo: сайт. – URL: <http://vesvalo.net/index.php?showtopic=10693> (дата обращения: 22.08.2023).

243. Шаг 3. Малая группа по шагам // Vesvalo: сайт. – URL: <http://vesvalo.net/index.php?showtopic=10840> (дата обращения: 11.09.2023).

244. Вэбстер, Эд. Табуреты и бутылки / HASELDEN@Center City, MN. 55012. – Copyright © 1970. – Hazelden Foundation // Vesvalo: сайт. – URL: <http://vesvalo.net/index.php?showtopic=97> (дата обращения: 11.09.2023).

245. Роджерс, Карл Р. Становление личности: Взгляд на психотерапию / Карл Р. Роджерс. – М.: ИОИ, 2017. – 240 с.

246. Михалевич, Е.Ф. Профилактика наркопотребления среди старшеклассников: пособие для пед. работников учреждений общего среднего образования / Е.Ф. Михалевич, И.А. Лукьянович, Ю.В. Станкевич; под общ. ред. А.С. Никончука. – Минск: Наша Идея, 2012. – 44 с.

247. Емельянова, Е.В. Кризис в созависимых отношениях. Принципы и алгоритмы консультирования / Е.В. Емельянова. – СПб., М.: Речь, 2019. – 320 с.

248. Герасимова, В.В. Социально-психологические особенности студентов с аутоагрессивностью и склонностью к алкогольной и наркотической зависимости: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05 / В.В. Герасимова; Ин-т педагогики и психологии профессионального образования РАО. – Казань, 2013. – 199 с.

249. Герасимова, В.В. Основные ориентиры профилактики наркотизации в образовательной среде: метод. рекомендации / В.В. Герасимова, А.М. Карпов. – Казань: ГАОУ ДПО «ИРО РТ», 2017. – С. 48.

250. Гилемханова, Э.Н. Акмеология комплексной безопасности: психосоциальный антропоцентризм с позиции вызовов настоящего и перспектив будущего: монография / Э.Н. Гилемханова. – Чебоксары: ИД «Среда», 2022. – 180 с.

251. Гилемханова, Э.Н. Взаимосвязь адаптации с неконструктивными формами социального взаимодействия у склонных к аддикциям студентов / Э.Н. Гилемханова // Казан. пед. журн. – Казань: Данис, 2013. – № 1(96). – С. 157–161.

252. Гилемханова, Э.Н. Модификация инструментария диагностики психологических рисков наркотизации школьников / Э.Н. Гилемханова, В.В. Васина, В.В. Герасимова // Мир науки. Психология и педагогика. – 2020. – № 5. – Т. 8. – URL: <https://mir-nauki.com/PDF/94PSMN520.pdf> (дата обращения: 22.08.2022).

253. Гилемханова, Э.Н. Особенности социально-психологической адаптации студентов вузов, склонных к алкогольной и наркотической зависимостям: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05 / Э.Н. Гилемханова; Ин-т педагогики и психологии профессионального образования РАО. – Казань, 2013. – 198 с.

254. Грузд, Л.В. Ценностные ориентации наркозависимой личности: монография / Л.В. Грузд, М.Г. Рогов, А.Н. Грязнов. – Набережные Челны: Изд-во института управления, 2005. – 132 с.

255. Дубовицкая, Е.А. Юношеский возраст-особенности и проблемы развития / Е.А. Дубовицкая // [Электронный ресурс] URL: http://www.nbuv.gov.ua/portal/Soc_Gum/Vkib/2010_1/Dybovucka.html (дата обращения: 15.08.2022).

256. Жияев, А.Г. Интенсивные методики оценки психологического состояния, выявления и коррекции психологической дезадаптации: [записки психотерапевта: метод. пособие] / А.Г. Жияев, Т.И. Палачева; Рос. гос. гуманитар. ун-т; Ин-т психологии им. Л.С. Выготского, каф. нейро- и патопсихологии, М-во труда, занятости и социальной защиты Респ. Татарстан, Комплекс. центр подгот. кадров и развития отрасли. – Москва; Казань: [б.и.], 2012. – 89 с.

257. Шаг 4. Малая группа по шагам // Vesvalo: сайт. – URL: <http://vesvalo.net/index.php?showtopic=10841> (дата обращения: 12.09.2023).

258. Шаг 5. Малая группа по шагам // Vesvalo: сайт. – URL: <http://vesvalo.net/index.php?showtopic=11074> (дата обращения: 12.09.2023).

259. Копытов, А.В. Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением алкоголя: учеб.-метод. пособие / А.В. Копытов, Д.А. Копытов. – Минск: БГМУ, 2021. – 56 с.

260. Шаги 6–7. Малая группа по шагам // Vesvalo: сайт. – URL: <http://vesvalo.net/index.php?showtopic=11208> (дата обращения: 12.09.2023).

261. Шаги 8–9. Малая группа по шагам // Vesvalo: сайт. – URL: <http://vesvalo.net/index.php?showtopic=11834> (дата обращения: 12.09.2023).

262. Шаги 10–11. Малая группа по шагам // Vesvalo: сайт. – URL: <http://vesvalo.net/index.php?showtopic=12894> (дата обращения: 12.09.2023).
263. Василенко, Л.И. Молитва / Л.И. Василенко // Краткий религиозно-философский словарь. – М.: Истина и Жизнь, 1996. – 256 с.
264. Грязнов, А.Н. Становление личности в профессиональном образовании: психолого-медицинский аспект / А.Н. Грязнов, Е.А. Чеверикина, З.Р. Асылова. – Казань: Изд-во «Печать-Сервис-XXI век», 2009. – 152 с.
265. Грязнов, А.Н. Психолого-педагогические компоненты профилактики возникновения зависимости от психоактивных веществ у студентов / А.Н. Грязнов, Е.А. Чеверикина, Д.Р. Тухватуллина // Казан. пед. журн. – 2009. – № 3. – С. 10–14.
266. Двоеносов, В.Г. Основы профилактики наркотизации и формирование культуры здоровья в студенческой группе: справ. пособие / В.Г. Двоеносов, В.В. Костюшко. – Казань: ЗАО «Новое знание», 2004. – 54 с.
267. Дименштейн, Р.П. О перспективах интегративных процессов в дезинтегрирующей среде / Р.П. Дименштейн [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.autism.ru/read.asp?id=20&vol=0> (дата обращения: 25.08.2022).
268. Змановская, Е.В. Девиантология (психология отклоняющегося поведения): учеб. пособие / Е.В. Змановская. – 5-е изд., стер. – М.: Академия, 2008. – 288 с.
269. Жюлиа, Дидье. Философский словарь / Дидье Жюлиа; пер. с фр. – Москва: Междунар. отношения, 2000. – 537 с.
270. Карпов, А.М. Здравствуйте, если хотите. Образовательно-воспитательные основы интеграции медицины, экологии, образа жизни и власти / А.М. Карпов. – Казань, 2008. – 224 с.
271. Карпов, А.М. Биопсихосоциальная структура человека-теоретическая и методическая основа профилактики зависимостей в образовательной среде / А.М. Карпов, А.М. Валеева, Н.Н. Сенюшина // Материалы Всерос. науч.-практ. конф., Казань, 25–26 сент., 2008. – Казань: РИЦ «Школа», 2008. – С. 36.
272. Карпов, А.М. Биопсихосоциальные особенности студентов с аутоагрессивным поведением и высокой склонностью к зависимости от алкоголя и наркотиков / А.М. Карпов, В.В. Герасимова // Психическое здоровье: ежемес. науч.-практ. журн. – 2011. – № 7(62). – С. 64–70.
273. Кисляков, П.А. Устойчивость личности к социокультурным угрозам в условиях цифровой трансформации общества / П.А. Кисляков [и др.] // Образование и наука. – 2021. – № 23(9). – С. 142–168.
274. Козлов, В.В. Психология кризиса: монография / В.В. Козлов. – М.: Ин-т консультирования и системных решений, 2014. – 528 с.
275. Котляров, А.В. Другие наркотики, или Homo Addictus: Человек Зависимый / А.В. Котляров. – М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2006. – 480 с.

276. Шаг 12. Малая группа по шагам // Vesvalo: сайт. – URL: <http://vesvalo.net/index.php?showtopic=13452> (дата обращения: 12.09.2023).

277. Тест на самооценку личности // Психология счастливой жизни: сайт. – URL: <https://psycabi.net/testy/527-test-na-samootsenku-lichnosti-ya-realnoe-ya-idealnoe-metodika-budassi-issledovaniya-ya-kontseptsii> (дата обращения: 18.10.2023).

278. Абрамова, Г.С. Практическая психология: учебник для студентов вузов / Г.С. Абрамова. – 7-е изд., перераб. и. доп. – Москва: Акад. проект, 2002. – 490 с.

279. Крестьянинова, Т.Ю. Работа групп самопомощи для лиц с алкогольной аддикцией в условиях пандемии COVID-19 / Т.Ю. Крестьянинова // Актуальные проблемы психологической деятельности и пути их решения: материалы 2-й Всерос. науч.-практ. конф., Казань, 1–2 окт. 2021. – Казань: Ин-т педагогики, психологии и социальных проблем, 2021. – С. 97–100.

280. Крестьянинова, Т.Ю. Предпосылки к организации и содержание обучающего семинара «12 шагов новой жизни» / Т.Ю. Крестьянинова, А.П. Шиканов // Психологический Vademecum. Метатеория: социокультурно-контекстуальная интердетерминация диалогизма: сб. науч. ст. – Витебск: ВГУ имени П.М. Машерова, 2022. – С. 178–181.

281. Макаренко, А.А. Взаимосвязь видов агрессивного поведения с расстройствами пищевого поведения / А.А. Макаренко, Т.Ю. Крестьянинова // Психологический Vademecum. Метатеория: социокультурно-контекстуальная интердетерминация диалогизма: сб. науч. ст. – Витебск: ВГУ имени П.М. Машерова, 2022. – С. 216–220.

282. Пуцыло, Т.С. Агрессия, депрессивные состояния, тревожность, вызванные компьютерными играми, как индикаторы суицидального поведения в ранней зрелости / Т.С. Пуцыло, Т.Ю. Крестьянинова // Психологический Vademecum. Метатеория: социокультурно-контекстуальная интердетерминация диалогизма: сб. науч. ст. – Витебск: ВГУ имени П.М. Машерова, 2022. – С. 280–284.

283. Курек, Н.С. Нарушение психической активности и злоупотребление ПАВ в подростковом возрасте / Н.С. Курек. – СПб.: Апетея, 2001. – 225 с.

284. Максимова, Н.Ю. Психологическая профилактика алкоголизма и наркомании несовершеннолетних / Н.Ю. Максимова. – Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 384 с.

285. Малых, С.Б. Основы психогенетики / С.Б. Малых, М.С. Егорова, Т.А. Мешкова. – М.: Эпидавр, 1998. – 774 с.

286. Мандель, Б.Р. Общая психокоррекция: учеб. пособие / Б.Р. Мандель. – Москва: Вузов. учебник: ИНФРА-М, 2022. – 349 с.

287. Международные стандарты лечения расстройств, связанных с потреблением наркотических средств: Проект для опробования на местах. – УПН ООН-ВОЗ: 2016 г. – 116 с.

288. Руководство по аддиктологии / под ред. проф. В.Д. Менделевича. – СПб.: Речь, 2007. – 786 с.
289. Менделевич, В.Д. Психология зависимой личности, или Подросток в окружении соблазнов / В.Д. Менделевич, Р.Г. Садыкова. – Казань, РЦПНН при КМРТ; И.: Марево, 2002. – 240 с.
290. Палачева, Т.И. Исследование личностных оттенков респондента по отношению к наркотическим веществам у подростков и юношества / Т.И. Палачева, А.Г. Жияев. – Текст: непосредственный // Молодой ученый. – 2010. – № 1–2(13). – Т. 2. – С. 194–200. – URL: <https://moluch.U/archive/13/1198/> (дата обращения: 05.09.2022).
291. Психология человека от рождения до смерти / под общ. ред. А.А. Реана. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2002. – 656 с.
292. Психология человеческой агрессивности: хрестоматия / сост. К.В. Сельченко. – Минск: Харвест, 2003. – 656 с.
293. Райс, Ф. Психология подросткового и юношеского возраста / Ф. Райс. – СПб.: Изд-во «Питер», 2000. – 624 с.
294. Рерке, В.И. Психолого-педагогические условия предупреждения подростковой наркомании: теория и практика / В.И. Рерке. – Иркутск: Изд-во ГОУ ВПО «ИГПУ», 2008. – 318 с.
295. Ротенберг, В.С. Стресс и поисковая активность / В.С. Ротенберг, В.В. Аршавский // Вопросы философии. – 1979. – № 4. – С. 117–127.
296. Савинков, С.Н. Основы психологической коррекции детей и подростков: учеб. пособие / С.Н. Савинков [и др.]; под общ. ред. С.Н. Савинкова. – Москва: ИНФРА-М, 2022. – 217 с.
297. Фромм, Э. Анатомия человеческой деструктивности / Э. Фромм. – М., 1994. – 447 с.
298. Хусайнова, Н.Ю. Я – концепция наркозависимого / Н.Ю. Хусайнова, А.Ф. Рахимова. – Казань: ЗАО «Новое знание», 2006. – 186 с.
299. Шустов, Д.И. Аутоагрессия, суицид, алкоголизм / Д.И. Шустов. – М.: Когито-Центр, 2004. – 214 с.
300. Bacchini, D. Individual and Environmental Correlates of Adolescents' Moral Decision / D. Bacchini [et al.] // Making in Moral Dilemmas Frontiers in Psychology. 12. DOI: 0.3389/fpsyg.2021.770891.
301. Bacchini, D. Multiple Forms and Settings of Exposure to Violence and Values: Unique and Interactive Relationships With Antisocial Behavior in Adolescence / D. Bacchini, G. Affuso, S. Aquilar // J. Interpers. Violence – 2015. – № 30. – P. 3065–3088.
302. Cornell, D. Peer victimization and authoritative school climate: a multilevel approach / D. Cornell, K. Shukla, T. Konold // J. Educ. Psychol. – 2015. – № 107. – P. 1186 (doi: 10.1037/edu0000038).
303. Карпов, А.М. Самозащита психического здоровья. Образовательно-воспитательные основы профилактики и психотерапии зависимостей / А.М. Карпов. – Казань: Отечество, 2005. – 48 с.

304. Карпов, А.М. Самозащита от алкоголизации / А.М. Карпов, Г.З. Шакирзянов. – М.: Олита, 2004. – 52 с.

305. Карпов, А.М. Биопсихосоциальный подход к анализу причин и проявлений девиантного поведения / А.М. Карпов, В.В. Герасимова // Психология девиантного поведения: междисциплинарные исследования и практика: сб. науч. тр. Первой междунар. науч. школы, Казань, 26–27 мая 2016 г.; под ред. А.И. Ахметзяновой. – Казань: Изд-во Казан. ун-та, 2016. – С. 65–69.

306. Карпов, А.М. Гражданская самозащита от алкоголизации и наркотизации: учеб. пособие / А.М. Карпов, В.В. Корченков, Г.З. Шакирзянов. – Казань, 2011. – 78 с.

307. Карпов, А.М. Биопсихосоциальный алгоритм определения деструктивности информационно-психологических воздействий / А.М. Карпов // Психическое здоровье населения как основа национальной безопасности России: Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием / под ред. Н.Г. Незнанова, К.К. Яхина. – СПб., 2012. – С. 63–64.

308. Карпов, А.М. Самозащита от курения / А.М. Карпов, Г.З. Шакирзянов. – 4-е изд., доп. и перераб. – Казань: Татполиграф, 2002. – 32 с.

309. Лазарус, Р. Теория стресса и психофизиологические исследования / Р. Лазарус // Эмоциональный стресс / под ред. Л. Леви. – Л.: Медицина, 1970. – С. 178–208.

310. Незнанов, Н.Г. Школа В.М. Бехтерева: от психоневрологии к биопсихосоциальной парадигме / Н.Г. Незнанов, М.А. Акименко, А.П. Коцюбинский. – СПб.: ВВМ, 2007. – 248 с.

311. Положий, Б.С. Социальное состояние общества и психическое здоровье / Б.С. Положий // Руководство по социальной психиатрии / под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М.: Медицина, 2001. – С. 36–50.

312. Селье, Г. Стресс без дистресса / Г. Селье; пер с англ. – М.: Прогресс, 1979. – 124 с.

313. Системная мотивация на трезвый, здоровый образ жизни: руководство для врачей / А.М. Карпов [и др.] – Казань: Участок ротационной печати НБ КГМА, 2017. – 72 с.

314. Чернобровкина, Т.В. Синергетическая медицина: Теоретические и прикладные аспекты в аддиктологии / Т.В. Чернобровкина, Б.М. Киршенгольц, А.Ф. Артемчук. – Изд-е 2-е, дополн. – Харьков: Изд-во «Плеяда», 2007. – 240 с.

315. Engel, G. The Clinical Application of Biopsychosocial Model / G. Engel // The American Journal of Psychiatry. – 137:5 – 1980. – P. 535–544.

316. Абрамова, Г.С. Введение в практическую психологию / Г.С. Абрамова. – 2-е изд. – Москва: Изд. центр «Академия», 1996. – 220 с.

317. Айви, А.Е. Психологическое консультирование и психотерапия: методы, теории и техники: практ. руководство / А.Е. Айви, М.Б. Ай-ви, Л. Саймэк-Даунинг; пер. с англ. – Москва: Психотерапевт. колледж, 1999. – 487 с.

318. Алберти, Р.Э. Самоутверждающее поведение : Распрямись, выскажись, возрази! / Р.Э. Аллберти, М.Л. Эммонс; пер. с англ. – СПб.: Гуманит. агентство «Акад. проект», 1998. – 187 с.

319. Александров, А.А. Современная психотерапия: курс лекций / А.А. Александров. – СПб.: Гуманит. агенство «Акад. проект», 1997. – 335 с.

320. Александров, А.А. Интегративная психотерапия / А.А. Александров. – СПб.: Питер, 2009. – 347 с.

321. Крестьянинова, Т.Ю. Самооценка личности у лиц с алкогольной аддикцией в условиях групп взаимопомощи / Т.Ю. Крестьянинова, А.А. Ганкович // Векторы психологии–2019: междунар. науч.-практ. конф., Гомель, 27 июня 2019 г. – Гомель: ГГУ им. Ф. Скорины, 2019. – С. 358–361.

322. Крестьянинова, Т.Ю. Организация психологического принимающего пространства для лиц с алкогольной аддикцией / Т.Ю. Крестьянинова // Психологическая студия: сб. ст. студентов, магистрантов, аспирантов, молодых исследователей каф. прикладной психологии ВГУ имени П.М. Машерова. – Витебск: ВГУ имени П.М. Машерова, 2020. – Вып. 13. – С. 142–144.

323. Ассаджиоли, Р. Психосинтез: теория и практика: От душев. кризиса к высш. "Я": Сборник / Р. Ассаджиоли. – Москва: РЕФЛ-бук, 1994. – 311 с.

324. Балинт, М. Базисный дефект: Терапевт. аспекты регрессии / М. Балинт; пер. с англ. – Москва: Когито-Центр, 2002. – 255 с.

325. Белогуров, С.Б. Популярно о наркотиках и наркоманиях / С.Б. Белогуров. – 2-е изд., испр. и доп. – СПб.: Нев. диалект, 2000. – 239 с.

326. Бишоп, С. Тренинг ассертивности: Тренер как ролевая модель. Коррекция поведения, повышение самооценки и качества общения. Закрепление эффектив. способов взаимодействия / С. Бишоп; пер. с англ. А. Маслов. – СПб.: ПИТЕР, 2001. – 203 с.

327. Проблемно-ориентированная психотерапия: Интегративный подход / Андреас Блазер, Эдгар Хайм, Христоф Рингер, Мартин Томмен; пер. с нем. Л.С. Каганова. – Москва: Независимая фирма «Класс», 1998. – 265 с.

328. Бурнард, Ф. Тренинг межличностного взаимодействия: Элементы теории и практ. руководство. Подготовка, проведение и оценка тренинга: критерии и процесс. Развивающие упражнения / Ф. Бурнард; пер. с англ. А. Ракитина. – СПб.: Питер, 2001. – 301 с.

329. Бьюдженталь, Дж. Искусство психотерапевта / Дж. Бьюдженталь. – 3-е междунар. изд. – СПб. [и др.]: Питер, 2001. – 294 с.

330. Васильев, Н.Н. Тренинг преодоления конфликтов / Н.Н. Васильев. – СПб.: Речь, 2002. – 170 с.

331. Вачков, И.В. Основы технологии группового тренинга. Психотехники: учеб. пособие / И.В. Вачков. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва: Ось-89, 2005 (Подольск : Фил. ЧПК). – 255 с.

332. Витакер, Д.С. Группа как инструмент психологической помощи / Д.С. Витакер; пер. с англ. В.П. Чурсина; под ред. Е.Л. Михайловой и И.В. Федорус. – Москва: Класс, 2000. – 429 с.
333. Зимбардо, Ф. Застенчивость / Ф. Зимбардо; пер. с англ. – Москва : Педагогика, 1991. – 207 с
334. Зимбардо, Ф. Социальное влияние [Текст] / Ф. Зимбардо, М. Ляйппе; пер. с англ.; под ред. А. Свенцицкого. – СПб.: Питер, 2011. – 444 с.
335. Кочюнас, Р.А. Основы психологического консультирования и групповой психотерапии : учеб. пособие для вузов / Р.А. Кочюнас. – 2-е изд., стер. – Москва: Акад. проект: ОППЛ, 2003 (Киров : ФГУИПП Вятка). – 462 с.
336. Литвак, М.Е. Если хочешь быть счастливым [Текст]: учеб. пособие по психотерапии и психологии общения / М.Е. Литвак. – 28-е изд. – Ростов-н/Д.: Феникс, 2013. – 603 с.
337. Лоуэн, А. Депрессия и тело = Depression and the body / А. Лоуэн; пер. с англ. К. Перекалина. – Москва: ЭКСМО-Пресс, 2002. – 379 с.
338. Лоуэн, А. Радость / А. Лоуэн. – Минск, 1999. – 560 с.
339. Макаров, В.В. Транзактный анализ – восточная версия / В.В. Макаров, Г.А. Макарова. – Москва: Акад. проект: ОППЛ, 2002. – 494 с.
340. Мак-Кей, М. Укрощение гнева / М. Мак-Кей, П. Роджерс, Ю. Мак-Кей; пер. с англ. – СПб.: Питер-пресс, 1997. – 344 с.
341. МакМаллин, Р. Практикум по когнитивной терапии / Р. МакМаллин. – СПб.: Речь, 2001. – 559 с.
342. Ментс, Морри ван. Эффективный тренинг с помощью ролевых игр: Теория и практика ролевых игр. Психодрама, социодрама. Интерактив. ролевые игры / Морри ван Ментс; пер. с англ. А. Смирнов. – 3-е междунар. изд. – СПб.: Питер, 2002. – 207, [1] с.
343. Михайлова, Е. Короткие встречи / Е. Михайлова // Моск. психотерапевт. журн. – 2002. – № 1. – С. 159–174.
344. Норвуд, Р. Надо ли быть рабой любви? [Текст] / Р. Норвуд; пер. с англ. – Москва: МИРТ, 1994. – 444 с.
345. Норвуд, Р. Как принимать удары судьбы / Р. Норвуд; пер. с англ. – Москва: МИРТ, 1995. – 381 с.
346. Папуш, М. Психотехника экзистенциального выбора / М. Папуш. – М.: Ин-т общегуманит. исследований, 2001. – 222 с.
347. Перлз, Ф. Опыты психологии самопознания / Ф. Перлз. – М., 1993. – 240 с.
348. Римап, Ф. Основные формы страха [Текст]: Исследование в области глубин. психологии / Ф. Римап; пер. с нем. Э.Л. Гушанского. – Москва: Алетейа, 1998. – 330 с.
349. Роджерс, К.Р. Консультирование и психотерапия: новейшие подходы в области практической работы / К.Р. Роджерс; пер. с англ. Р. Кучкаровой. – Москва: Психотерапия, 2006. – 507 с.

350. Сатир, В. Психотерапия семьи = Psychotherapy of family / В. Сатир; пер. И. Авидон, О. Исакова. – СПб.: Ювента, 1999. – 283 с.
351. Стивенс, Дж. Приручи своих драконов / Дж. Стивенс. – СПб., 1996. – 243 с.
352. Стюарт, В. Работа с образами и символами в психологическом консультировании / В. Стюарт. – М.: Независимая фирма «Класс», 2001. – 306 с.
353. Фицджеральд, Р. Эклектическая психотерапия / Р. Фицджеральд. – СПб.: ПИТЕР, 2001. – 320 с. – (Практикум по психотерапии).
354. Франкл, В.Э. Основы логотерапии: психотерапия и религия / В.Э. Франкл. – СПб.: Речь, 2000. – 285 с.
355. Фромм, Э. Душа человека [Текст] / Э. Фромм; авт. вступ. ст. проф. П.С. Гуревич. – Москва: АСТ, 1998. – 662 с.
356. Фромм, Э. Иметь или быть? / Эрих Фромм; пер. с нем. Э.М. Телятниковой. – Москва: АСТ, 2016. – 314 с.
357. Фромм, Э. Искусство любить / Э. Фромм ; пер. с англ. Л.В. Трубицыной, А.В. Ярхо и А.С. Соловейчика. – 2-е изд. – СПб.: Азбука-классика, 2004 (ГПП Печ. Двор). – 219 с.
358. Хей, Л.Л. Полная энциклопедия здоровья Луизы Хей; пер. с англ. – Москва: ОЛМА Медиа Групп, 2008. – 885 с.
359. Хелл, Д. Ландшафт депрессии: интегратив. подход / Д. Хелл; пер. с нем. И.Я. Сапожниковой. – Москва: Алетея, 1999. – 277 с.
360. Хорни, К. Наши внутренние конфликты / К. Хорни; пер. с англ. В. Старовойтовой [и др.]. – Москва: Апрель-Пресс: ЭКСМО-Пресс, 2000. – 555 с.
361. Хорни, К. Собрание сочинений [Текст]: в 3 т. / К. Хорни; пер. с англ. – Москва : Смысл, 1997. – Т. 1: Психология женщины; Невротическая личность нашего времени. – 1997. – 495 с.
362. Хорни, К. Собрание сочинений [Текст]: в 3 т. / К. Хорни; пер. с англ. – Москва: Смысл, 1997. – Т. 2: Новые пути в психоанализе; Самоанализ. – 1997. – 543 с.
363. Шаг за шагом от наркотиков: Кн. для родителей / Д.Д. Речнов, Г.В. Латышев, С.М. Яцышин [и др.]. – Казань: Отечество, 2000. – 56 с.
364. Шорохова, О.А. Жизненные ловушки зависимости и созависимости / О.А. Шорохова. – СПб.: Речь, 2002 (Тип. ООО ИПК Бионт). – 134 с.
365. Ялом, И. Мамочка и смысл жизни / И. Ялом. – М., 2002. – 124 с.
366. Ялом, И. Экзистенциальная психотерапия [Текст] / И. Ялом; пер. с англ. Т.С. Драбкина. – Москва: Независимая фирма «Класс», 2014. – 574 с.
367. Япко, М. Боль жизни / М. Япко. – М., 1999. – 236 с.
368. Анохина, И.П. Патогенез наркоманий / И.П. Анохина, Е.В. Борисова // [Электронный ресурс] Психиатрия и психофармакотерапия. – 1999 – N3. – URL: <https://viperson.ru/articles/patogeneznarkomaniy?ysclid=lljm9zy611346043772> (дата обращения: 20.08.2023).

369. Анохина, И.П. О единстве биологических механизмов индивидуальной предрасположенности к злоупотреблению различными психоактивными веществами / И.П. Анохина [и др.] // Физиология человека. – 2000. – Т. 26, № 9. – С. 74–81.

370. Батищев, В.В. Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение. Российский благотворительный фонд «Нет алкоголизму и наркомании» (НАН) / В.В. Батищев, Н.В. Негериш. – М., 2001. – 184 с.

371. Воронович, Б.Т. Без тайн: о зависимостях и их лечении / Б.Т. Воронович; пер. с пол. – К.: Сфера, 2004. – 270 с.

372. Годфруа, Ж. Что такое психология: в 2 т. / Ж. Годфруа; под ред. Г.Г. Аракелова; пер. с фр. Н.Н. Алипова [и др.]. – 2-е изд., стер. – Москва: Мир, 1999. – Т. 1. – 491 с.

373. Годфруа, Ж. Что такое психология: в 2 т. / Ж. Годфруа; под ред. Г.Г. Аракелова; пер. с фр. Н.Н. Алипова [и др.]. – 2-е изд., стер. – Москва: Мир, 1999. – Т. 2. – 370 с.

374. Пита, Диана Дойл. Консультирование зависимостей: практическое руководство для консультирования людей с химической и другими зависимостями / Диана Дойл Пита [Электронный ресурс] URL: https://translated.turbopages.org/proxy_u/en-ru.ru.fc71040b-64e24076-7dec19eb-74722d776562/https/www.overdrive.com/media/1073534/addictions-counseling (дата обращения: 20.08.2023).

375. Савина, Е.А. Возвращение Кая / Е.А. Савина. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва: ГрифЪ [и др.], 2016. – 349 с.

376. Савина, Е.А. Я люблю его... / Е.А. Савина. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва: Изд-во ГрифЪ [и др.], 2016. – 510 с.

377. Кулаков, С.А. Руководство по реабилитации наркозависимых / С.А. Кулаков, С.Б. Вайсов. – СПб.: Речь, 2006. – 240 с.

378. Пилипенко, А.В. Зависимые, созависимые и другие трудные клиенты. Психологический тренинг / А.В. Пилипенко, И.А. Соловьева. – М.: Психотерапия, 2011. – 192 с.

379. Гордеев, М.Н. Классический и эриксоновский гипноз: практ. руководство / М.Н. Гордеев. – Москва: Изд-во Ин-та психотерапии, 2001. – 232 с.

380. Мак-Вильямс, Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Н. Мак-Вильямс; пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 2001. – 480 с.

381. Штайнер, К. Игры, в которые играют алкоголики = Games Alkobolics: Анализ жизненных сценариев / К. Штайнер; пер. с англ. Г. Пимочкиной. – Москва: Эксмо, Апрель-пресс, 2003. – 303 с.

382. Курпатов, А.В. Руководство по системной поведенческой психотерапии / А.В. Курпатов. – М.: Психософия. – 154 с.

383. Литтауэр, Ф. Код вашей личности: обращаем недостатки в достоинства [Текст] / Флоренс Литтауэр; пер. с англ. Т. Моисеенко. – Москва: Триада, 2011. – 397 с.

384. Мэй, Ролло Рис Искусство психологического консультирования / Ролло Рис Мэй; пер. с англ. – Москва: Независимая фирма «Класс», 1994. – 132 с.

385. Старак, Яро. Техники гештальт-терапии на каждый день: рискуйте быть живым / Яро Старак, Тони Кей, Джеймс Олдхейм; пер. с англ. Г.П. Бутенко. – Москва: Психотерапия, 2009. – 172 с.

386. Зайцев, С.Н. Созависимость – умение любить: пособие для родных и близких наркомана, алкоголика / С.Н. Зайцев. – М.: Человек, семья, общество, 2018. – 128 с.

387. Уайт, Дж. Трудные дети хороший родителей [Текст] / Дж. Уайт; пер. с англ. Л. Сумм. – Москва: Триада, 2011. – 335 с.

388. Житникова, Т.Л. Анекдоты, пословицы и поговорки в помощь психологу в наркологии / Т.Л. Житникова, Е.А. Поливанова. – М.: Рос. благотвор. фонд «Нет алкоголизму и наркомании» (НАН), 2001. – 232 с.

389. Ступ, Д. Сила мысли [Текст]: как правильно разговаривать с самим собой / Д. Ступ; пер. с англ. А. Меннер. – Москва: Триада, 2012. – 237 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Тематика занятий Программы коррекции самооценки:

Программа:

Занятие 1. Дневник чувств.

Занятие 2. Какой я настоящий?

Занятие 3. Разговор с собой.

Занятие 4. Чего я хочу на самом деле, но скрываю от окружающих.

Занятие 5. Психосоматические проявления.

Занятие 6. Отказ от самоуничижения.

Занятие 7. В какую сторону я меняюсь?

Занятие 8. Учусь отдыхать.

**Программа обучающего семинара
«Программа 12 шагов АА в терапии зависимостей»
для студентов педагогических и психологических специальностей,
а также специалистов, выполняющих социально-психологическое
сопровождение лиц с химическими зависимостями**

Занятие 1. Введение. Шаги 1–3.

Цели: Сформировать понятие об алкоголизме как о болезни (биологическая, психическая и духовная составляющая). Познакомиться с презентацией содружества Анонимные Алкоголики. Изучить признаки бессилия перед алкоголем и неуправляемости жизни, образ Высшей Силы в Программе «12 шагов». Изучить значение слов *доверие* и *рекомендация*, механизм рекомендации в программе 12 шагов.

Продолжительность: 2 часа.

Оснащение: ноутбук, проектор, экран, колонки, аудиозаписи спикерских членов 12-шаговых сообществ, раздаточный материал.

План:

1. Био-психо-социо-духовная модель химической зависимости. Роль реабилитации в ведении пациентов с химической зависимостью.
2. История создания Программы «12 шагов АА».
3. 1-й шаг 12-шаговой программы. Признаки бессилия и потери контроля над употреблением алкоголя, неуправляемости жизни.
4. 2-й шаг 12-шаговой программы. Образ Высшей Силы в программе.
5. 3-й шаг 12-шаговой программы. Доверие и рекомендация.

Задания по 1-му шагу:

Задание 1. Ответить на следующие вопросы:

1. Что я считаю своим *дном*?
2. Уверенность в себе является непреодолимым препятствием в борьбе с алкоголем.
3. Какие дела я не сделал из-за употребления алкоголя?
4. Как я готовил себя к тому, чтобы пить?
5. Попытки контролируемого употребления алкоголя.
6. Дела, которые было трудно выполнять без алкоголя.
7. Комфортность при употреблении.
8. Четыре выхода для алкоголиков: смерть, тюрьма, безумие, трезвость.
9. Болезнь тела, разума и духа.
10. Бессилие – фундамент трезвости.
11. Я живу здесь и сейчас, или вспоминаю прошлое и проектирую будущее?
12. Считаю ли я себя алкоголиком?

Задание 2. Написать эссе на тему «Я-алкоголик», обращая внимание на такие аспекты, как наличие «тяги», желание после первой рюмки употребить следующую, алкогольное безумие и невозможность остановиться самостоятельно. (Варианты: Написание подробной истории болезни: истории потерь и унижений. Написание письма себе самому в тот возраст, когда еще не выпил первой рюмки: «Мой самый близкий человек, мое непорочное “я”, я сейчас расскажу тебе, что алкоголь сделает с твоим будущим». Написание искового заявления в суд на ответчика "алкоголь": какой ущерб алкоголь причинил мне, каким унижениям он меня подвергал, какой моральный, нравственный и материальный ущерб он мне нанес, какие издевательства мне пришлось вытерпеть).

Задание 3. Написать эссе на тему «Я не могу управлять своей жизнью».

Задание 4. «Докрутить пленку до конца».

Перечислить 10 самых дорогих и важных для вас вещей (дом, работа, отношения, дети...).

Вспомнить, отказывались ли вы прямо или косвенно от них, хотя бы один раз, в пользу употребления алкоголя.

Представьте, что будет с Вами, если вы потеряете навсегда хотя бы одну вещь из вашего списка?

Представьте, что будет с Вами, когда вы потеряете все вещи из этого списка?

Задания по 2-му шагу:

Задание 1. Ответить на следующие вопросы:

1. Попытки бросить пить.
2. Что является для меня Силой более могущественной, чем моя собственная?
3. Более духовный, чем религиозный – характер АА сообщества.
4. Ситуации, в которых я думал, что я знал лучше, чем другие. Я мудрее их.
5. Обсуждая грехи других, не замечал своих собственных недостатков.
6. Что мешало поверить или укрепить веру?
7. Каковы мои сомнения, касающиеся Высшей Силы?
8. Что значит для меня возвращение к здравомыслию?
9. Ситуации в моей жизни, где проявлялась Высшая Сила?
10. Что я не могу изменить?
11. Что я могу изменить?
12. Сферы моей компетенции и сферы компетенции Высшей Силы.

Задание 2. Написать эссе «Мои попытки справиться с проблемой алкоголизма? (сила воли, родные, врачи...)»

Задание 3. Отложить в сторону свои старые представления о Боге и выработать собственную концепцию Высшей Силы. Записать 15–20 прилагательных, характеризующих Высшую Силу.

Задания по 3-му шагу:

Задание 1. Ответить на следующие вопросы:

1. Как препоручить свою жизнь в заботу Богу – нужно ли мне это знать, чтобы сделать шаг третий?
2. Можно ли верить и в то же время быть вдали от Бога?
3. Желание бросить пить с помощью АА – начало третьего шага.
4. Чем больше я готов подчиняться Силе, более могущественной, тем больше я становлюсь независимым.
5. Я убежден, что мой интеллект и сила воли обеспечат мне контроль над моим благополучием и гарантирует успех.
6. Зависимость от группы АА или Высшей Силы никому не навредила.

Задание 2. Заполнить таблицу 1.

Области жизни, которые я не препоручаю Высшей Силе	Почему, чего я боюсь?	Как следует поступить?

Занятие 2. Шаги 4–5

Цели: Сформировать понятие об инвентаризации (самоанализе) по обидам, страхам, взаимоотношениям. Сформировать понятие о честности перед Высшей Силой, собой и другим человеком. Познакомиться с рассказом представителя Содружества «Анонимные Алкоголики».

Продолжительность: 2 часа.

Оснащение: ноутбук, проектор, экран, колонки, аудиозаписи спикерских членов 12-шаговых сообществ, раздаточный материал.

План:

1. 4-й шаг. Самоанализ по обидам, страхам, взаимоотношениям.
2. 5-й шаг. Сформировать понятие о честности перед Высшей Силой, собой и другим человеком.

Задания по 4-му шагу:

Задание 1. Ответить на следующие вопросы:

1. Ситуации когда корыстные цели отвлекали меня от других сфер жизни?
2. Как я пытался обеспечить эмоциональную безопасность в общении с другими людьми?
3. Я понимаю, что мои естественные инстинкты гипертрофированы.
4. Мои попытки самооправдания?
5. Могу ли я признаться, что имею те же недостатки, которые замечаю в других людях?
6. Устраивает ли меня быть одним из членов семьи, одним из друзей, обычным сотрудником или просто обычным человеком в обществе?
7. Пытался ли я скрыть свои недостатки за завесой самооправдания?
8. Честность.
9. Гордость – жалость к себе, тщеславие.
10. Эгоцентризм – эгоизм.
11. Страх, чувство вины, стыд.

Задание 2. Заполнить таблицу 2.

Таблица 2 – Самоанализ по злобе, обидам, раздражению

Человек, общий принцип, организация, по отношению к которым я испытываю злобу, обиду, раздражение	Краткое описание ситуации	Что задето? (может быть: амбиции, чувство собственного достоинства, безопасность (физическая, психологическая, сексуальная), взаимоотношения с другими людьми)	Мой страх в этой ситуации	Моя корысть в этой ситуации	Мой самообман в этой ситуации	Мои ошибки, дефекты характера
Мама	С самого моего детства хочет, чтобы я была лучше, чем я есть; соответствовала ее критериям	Чувство собственного достоинства, эмоциональная безопасность, взаимоотношения с другими людьми	Гнев матери	Можно прибывать в саможалости, ябедничать на мать	Мать хочет, чтобы я была лучше из самых добрых побуждений	Желание нравиться, заслужить любовь, неумение сказать «нет»
...	...		...	...	...	...

Задание 2. Заполнить таблицу 3.

Таблица 3 – Самоанализ по страхам

Мои страхи	Чем вызван этот страх?
Не соответствовать чьему-то мнению	Полагаюсь на себя
...	...

Задание 3. Заполнить таблицу 4.

Таблица 4 – Самоанализ по отношениям начинается для женщин с отношений с отцом, для мужчин с отношений с матерью. Инвентаризация по взаимоотношениям

Имя	Когда мы были эгоистичными, нечестными или беспардонными	Кого мы обижали?	Не вызывали ли мы в других, без всяких на то оснований, ревность, подозрение или горечь?	В чем мы поступали плохо, и как нам следовало вести себя?
Отец	После развода родителей приняла сторону матери. Я не хотела с ним общаться. Я писала его новой жене оскорбительные письма. Я не дала ему возможности объясниться и заботиться обо мне	Мужчину, который поступил не так, как я от него ожидала	Да	Обида, месть, нечестность. Нужно было общаться, выслушать, согласиться на, то что он имеет право полюбить другую женщину. Понять, что от этого его любовь ко мне, как к ребенку не уменьшилась
Володя	Мы прекратили встречаться, потому что его родителей не устраивал мой социальный статус	Ребенка, который послушался воли родителей. Мужчину, который поступил не так, как я от него ожидала	Да	Обида, месть, нечестность. Нужно было простить и отпустить
...	...	...	...	...

Задания по 5-му шагу:

Задание 1. Ответить на следующие вопросы:

1. Самостоятельный и одинокий.
2. Чем глубже мои секреты, тем глубже моя болезнь.

3. Есть ли у меня действительно потребность рассказывать о своих недостатках другим людям?

4. Я готов сломать изолирующий барьер, отделяющий меня от других людей, исповедуя свои ошибки?

5. Принимаю ли я себя со всеми недостатками, и беспокоит ли меня что-то, в чем трудно признаться?

6. Могу ли я прислушиваться к советам других?

7. Выбор человека, которому я расскажу о своих недостатках.

8. Как я понимаю признание перед Богом своих недостатков?

9. Тайны, которые не хочу раскрывать перед конкретными людьми или организациями.

10. Могу ли я принять оценку или критику?

11. Пятый шаг – ежедневная практика или разовый акт?

12. Стараюсь ли я скрывать незначительные ошибки в повседневной жизни или признаюсь в них прямо и открыто?

Задание 2. Поделиться выявленными недостатками в группе взаимопомощи или с другим зависимым.

Задание 3. Портрет меня настоящего(й):

1. Перечислить 10 вещей, которые Вы умеете делать на отлично.

2. Перечислить 10 вещей, которые Вы умеете делать на отлично, когда у Вас есть достаточно времени.

3. Перечислить 10 Ваших достижений за последний год.

Задание 4. Поделиться выявленными достоинствами и достижениями в группе взаимопомощи или с другим зависимым.

Занятие 3. Шаги 6–9.

Цели: Сформировать понятие о недостатках и достоинствах, подборе парных достоинств; концепция возмещения ущерба. Познакомиться с рассказом представителя Содружества «Анонимные Алкоголики».

Продолжительность: 2 часа.

Оснащение: ноутбук, проектор, экран, колонки, аудиозаписи спикерских членов 12-шаговых сообществ, раздаточный материал.

План:

1. 6-й шаг. Принятие недостатков

2. 7-й шаг. Принятие бессилия перед недостатками, обращение к концепции Высшей силы.

3. 8-й шаг. Понятие ущерба.

4. 9-й шаг. Концепция возмещения ущерба в Программе «12 шагов».

Задания по 6-му шагу:

Задание 1. Ответить на следующие вопросы:

1. Зрелый ли я человек?

2. Исчезла ли моя одержимость к выпивке?

3. Я действовал в соответствии со своими гипертрофированными инстинктами. Готов ли я отказаться от их влияния?

4. Ребенку посреди кондитерской становится плохо. Я такой же ребенок, утопленный в магазине со своими инстинктами?

5. Я не несу ответственности за мысли и чувства, которые возникают, но за то, что я делаю с ними.

6. Наиболее важное слово «полностью подготовили».

7. Хотите ли вы быть самым лучшим?

8. Работа над собой.

9. Воздержание от недостатков, за страх неотвратимого наказания не требует больших духовных усилий.

10. Независимо от того, как далеко я продвинулся в работе над собой, всегда будет желание отойти от благодати Божией.

11. Отказаться от своих ограниченных целей и повернуться лицом к тому, что Бог приготовил для меня.

Задание 2. Выписать список своих недостатков.

Задание 3. Составить «домашние заготовки» для каждого из недостатков (таблица 5).

Таблица 5 – Дефекты характера и качества-антонимы

Дефекты характера	Хорошие качества
Эгоизм	Бескорыстие, желание помочь, отдавать и делиться
Нечестность	Честность
Наполненность resentment	Прощение
Страх, боязнь	Вера
Высокомерие	Смирение
Наглость	Скромность, мягкость
Зависть	Благодарность
Лень	Упорный труд, прилежность
Жадность	Желание поделиться
Нетерпение	Терпение
Мстительность	Любовь
Принесение ущерба	Доброта
Саркастичность	Приветливость
Нетерпимость, предвзятость	Толерантность
Ненависть	Прощение
Невнимательность к нуждам других	Внимательность к другим
Гордыня	Скромность
Неудовлетворенность	Радость за то, что есть

Воровство	Честный, дающий
Похотливость	Сдержанность
Сердитость	Доброта
Ревность	Доверие
Непунктуальность	Пунктуальность
Своекорыстие	Помощь другим
Эгоцентризм	Бескорыстность, помощь другим
Жалость к себе	Позитив
Самобичевание	Принятие своих ошибок
Самовозвышение	Внимание к другим
Самокритика	Похвала и одобрение себя
Самовредительство: курение, обжорство	Внимание к самому себе, к своему здоровью
Заниженная самооценка	Принятие самого себя
Недоверие	Доверие
Неуверенность	Чувство защищенности и безопасности
Манипуляции	Честность в своих желаниях
Оскорбление других	Забота о других
Тщеславие, напыщенность	Скромность
Невыполнение обязательств и обещаний	Ответственность
Беспочвенные ожидания	Принятие действительности
Осуждение	Понимание
Упрямство	Готовность к компромиссу
Буйство	Милый
Предубежденность	Открытый разум
Контроль	Застенчивость, смирение
Параноидальный страх	Доверие
Скупость	Щедрость
Лицемерие	Правдивость, честность
Злоба	Любовь к миру, доброта
Безответственность	Ответственность
Мученик, жертва	Мужественность, смелость
Измена партнеру	Мужественность, смелость
Аморальность, распушенность	Скромность, духовность
Напыщенность, заносчивость	Скромность
Перфекционизм	Принятие своего несовершенства

Задания по 7-му шагу:

Задание 1. Ответить на следующие вопросы:

1. Смирение.
2. Могу ли я честно согласиться с утверждением, что счастье может быть достигнуто независимо от материального положения?
3. Есть ли у вас в повседневной жизни стремление к: честности, терпимости, бескорыстной любви к людям и Богу?
4. Желание знать и исполнять волю Божию – основная составляющая смирения.
5. Смирение и унижение.
6. Что я чувствую, когда новичок после нескольких лет мучений признает свое бессилие?
7. Все слабее во мне убеждение, что я могу жить, как мне нравится.
8. «Сам я ничто, Господь делает работу» – являются ли эти слова смыслом для меня и вселяют надежду?
9. Я хотел бы жить в гармонии с собой и другими.
10. Я хотел бы быть уверенным, что благодать Божья может сделать для меня то, что я не могу сделать для себя.
11. Претензии и требования к Богу.
12. Я жду и надеюсь, что Бог освободит меня от преследования проблем, так же как я получил отсрочку от смертельной одержимости.

Задание 2. Начать применять «домашние заготовки», ориентируясь на таблицу «Дефекты характера и качества-антонимы».

Задания по 8-му шагу:

Задание 1. Ответить на следующие вопросы:

1. Что такое обида и как она проявляется во мне?
2. На кого или на что я чувствовала или чувствую обиду?
3. Могу ли я простить и принять прощение?
4. Придерживаюсь ли я упорно убеждения, что выпивка вредит никому, кроме себя?
5. Почему бы не оставить прошлое в покое? Почему бы не думать о людях, которым я сделал больно? Бывают ли у меня такие мысли?
6. Анализ отношений с другими выявил много моих собственных проблем.
7. Ущербные взаимоотношения с другими почти всегда были прямой причиной всех моих бед.
8. Если я потеряю контроль над собой – вызову гнев у других.
9. Когда я пил, лишал других не только чувства безопасности и душевного покоя, но принуждал их относиться ко мне с презрением и мстительностью.
10. Что для меня означает понятие *ущерб*?
11. При каких обстоятельствах я чувствую одиночество?

Задание 2. Составить список людей, которым я нанес ущерб и план возмещения.

Задания по 9-му шагу:

Задание 1. Ответить на следующие вопросы:

1. Возмещение ущерба – с кого мне начать?
2. Я не должен покупать свой душевный покой за счет других людей.
3. Как реакции людей, которым я делаю девятый шаг, работают для меня?
4. Осторожность и трусость – на собственных примерах.
5. Любой ценой избегать причинения боли другим, кем бы они ни были.
6. Есть ли у вас человек, с которым вы обсуждаете возмещение ущерба?
7. У меня есть полная готовность возмещать.
8. Готовность нести ответственность за последствия своих собственных действий – ответственность.
9. Бог, как мы Его понимали, говорил со мной через людей.
10. Я делаю маленькие добрые дела.
11. Добрые дела – это причина или следствие моего роста?

Задание 2. Начать выполнять план возмещения ущерба.

Занятие 4. Шаги 10–12

Цели: Сформировать понятие о самоанализе и альтруизме как способе поддержания трезвости. Познакомиться с рассказом представителя Содружества «Анонимные Алкоголики».

Продолжительность: 2 часа.

Оснащение: ноутбук, проектор, экран, колонки, аудиозаписи спикерских членов 12-шаговых сообществ, раздаточный материал.

План:

1. 10-й шаг. Самоанализ.
2. 11-й шаг. Духовность.
3. 12-й шаг. Альтруизм.

Задания по 10-му шагу:

Задание 1. Ответить на следующие вопросы:

1. Как я использую образ жизни АА в повседневной практике, и в радостных и в горестных моментах.
2. Понимание своих сильных и слабых сторон и желание постоянно учиться и расти – необходимость для меня.
3. Десятый Шаг – продолжение четвертого.
4. Всякий раз, когда мой душевный покой нарушается, что-то не так со мной.

5. «Оправданный» гнев.
6. Моя цель – прогресс, а не совершенство.
7. Я избегаю необузданной критики и яростных споров, дуться в углах и тихого презрения.
8. Гордость и мстительность.
9. Должен ли я помнить, что текущим успехам я больше благодарен Богу, чем себе.
10. Доказываю ли я свою правоту?
11. Спасибо Богу за полученную возможность спать со спокойной совестью.

Задание 2. Составить список людей, к которым я могу обратиться с обсуждением трудных ситуаций в жизни (10 человек).

Задание 3. Продумать «заготовки» маленьких добрых дел (10–15 вариантов).

Задание 4. Начать практиковать 10-й шаг.

Задания по 11-му шагу:

Задание 1. Ответить на следующие вопросы:

1. В критических ситуациях, молитва может помочь мне, однако на сегодняшний день это имеет второстепенное значение для меня?
2. Что мешает мне в возвращении к Высшей Силе?
3. Мне необходима опека Высшей Силы, Ее силы и благодати?
4. Первые десять шагов только начало в направлении смирения, что позволяет принять мне помощь Высшей Силы?
5. Медитация помогает мне увидеть направление духовных целей, прежде чем начать выполнять их.
6. Я позволяю мыслям течь плавно – не пытаюсь регулировать их.
7. Молитва.
8. Поиск воли Высшей Силы для меня.
9. Да будет воля Твоя, а не моя.
10. Лучше утешать, чем быть утешенным. Понимать, чем быть понятым, уметь любить, чем быть любимым.
11. Не приходит ли мне в голову, что мои собственные желания и склонность к рационализации могут выглядеть как воля Высшей Силы?
12. Возможно, одна из самых больших наград после молитвы и медитации – это, чувство принадлежности?

Задания по 12-му шагу:

Задание 1. Ответить на следующие вопросы:

1. Теперь у нас есть счастье дать другим, не ожидая ничего взамен.
2. В результате выполнения всех шагов каждый из нас получил то, что может быть описано как духовное пробуждение.

3. Пробуждение является подарком, а не наградой, подарку, как правило, предшествует определенная готовность достичь для его принятия.

4. Мой путь через Двенадцать шагов.

5. Практически каждый участник АА говорит, что ничего не дает более глубокого удовлетворения, чем успешно выполненный Двенадцатый шаг.

6. Как я могу выполнить Двенадцатый шаг?

7. Применять эти принципы во всех наших делах.

8. «Двушажие». Первый и Двенадцатый шаги.

9. Даже самый близкий родственник может отвернуться от меня, особенно когда я требую к себе слишком много внимания.

10. Мои отношения с семьей и другими людьми – показатель моей трезвости.

11. Настоящая цель – искреннее желание стать полезным для других людей и выполнять волю Высшей Силы.

Научное издание

КРЕСТЬЯНИНОВА Татьяна Юрьевна

ТОРЧИЛО Юрий Николаевич

**СОДЕРЖАТЕЛЬНЫЕ И ДИНАМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ
РЕФЛЕКСИИ УЧАСТНИКОВ ГРУПП ВЗАИМОПОМОЩИ
ДЛЯ ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ АДДИКЦИЕЙ**

Монография

Технический редактор

Г.В. Разбоева

Корректор

Т.В. Образова

Компьютерный дизайн

А.В. Табанюхова

Подписано в печать 05.04.2024. Формат 60х84 ¹/₁₆. Бумага офсетная.

Усл. печ. л. 9,30. Уч.-изд. л. 10,02. Тираж 50 экз. Заказ 52.

Издатель и полиграфическое исполнение – учреждение образования
«Витебский государственный университет имени П.М. Машерова».

Свидетельство о государственной регистрации в качестве издателя,
изготовителя, распространителя печатных изданий

№ 1/255 от 31.03.2014.

Отпечатано на ризографе учреждения образования
«Витебский государственный университет имени П.М. Машерова».

210038, г. Витебск, Московский проспект, 33.